

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 mai 1901, à 1 heure

PAR

M.-L. PRUDHOMME

LES

STIGMATES DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Président : M. RAYMOND, Professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, Professeur.
THIROLOIX, Agrégé,
DUPRÉ, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 mai 1901, à 1 heure

PAR

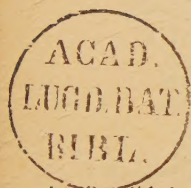
M.-L. PRUDHOMME

LES

STIGMATES DE LA BLENNORRHOÏE CHEZ LA FEMME

Président : M. RAYMOND, Professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, Professeur.
THIROLOIX, Agrégé.
DUPRÉ, Agrégé.*



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N.....
	CHANTEMESSE.
	JACCAUD.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	LÉPAGE.	THIROLOIX
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	HEIM.	REMY.	WALTHER
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
DELBET.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ
DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Au moment de porter à l'impression ce petit travail qui marque le terme de mes études médicales, je songe à tous les services rendus, à tous les conseils affectueux, à tous les bons soins, qui, en m'aidant, me permirent d'arriver jusqu'ici.

Maintenant donc, à la joie d'achever la besogne commencée, s'ajoute, pour moi, celle de dire tout haut quelle enthousiaste reconnaissance je garde

*à mon père le docteur **Ambroise Prudhomme** ;*

*à mes maîtres dans les hôpitaux, les docteurs **Sébi-leau, Quenu, Broca, Letulle, Brissaud, Arrou, Lepage, Brocq** ;*

*aux chers aînés qui ne me ménagèrent pas le tutélaire appui de leurs connaissances scientifiques, mes amis, **Cestan, Branca, Laubry, Marcille, Mouchotte.***

*Que le docteur **Brocq** me permette de le remercier pour sa grande bonté à mon égard : cette thèse a été faite dans son service et sur ses indications — et j'ai trouvé, dans son laboratoire, le précieux concours de son interne, **Laubry**, dont l'enseignement m'était indispensable pour écrire la partie anatomo-pathologique et bactériologique de cette étude.*

CHAPITRE PREMIER

Etude rapide des signes de la blennorrhagie chez la femme.

Chez l'homme, la blennorrhagie constitue une affection dont la localisation primitive est établie, dès le début, d'une façon absolument nette ; il n'en est pas de même chez la femme où sous l'étiquette : blennorrhagie, on englobe indistinctement toutes les manifestations gonococciques de l'appareil génito-urinaire infecté.

Il ne semblera donc pas inutile, au seuil de cette étude dont le but est de préciser certains symptômes de la gonococcie féminine, de rappeler brièvement sous quel syndrome cette maladie apparaît au clinicien, la plupart du temps.

Nous distinguerons trois formes de blennorrhagie, formes qui seront différenciées suivant les degrés d'intensité de l'inflammation :

Une forme aiguë.

Une forme subaiguë.

Une forme chronique.

Forme aiguë. — Dans ce cas sont ordinairement frappés d'emblée, l'urèthre, la vulve, le vagin et le col utérin.

Début. — Le début en est marqué par un prurit vulvaire fort pénible, accompagné quelquefois d'une sensation de chaleur, de brûlure que les malades localisent au niveau de la fourchette et de la face interne des petites lèvres.

La miction devient plus fréquente et justifie la qualification de chaude-pisse — le coït est impossible ou extrêmement douloureux : à plus forte raison, l'exploration vaginale à l'aide du spéculum fait beaucoup souffrir les patientes.

L'examen des organes contaminés permet alors de constater l'abondance d'un écoulement leucorrhéique, qui masque une muqueuse rouge, luisante, exulcérée par endroits et qui saigne facilement.

Les replis vulvaires, les caroncules, les petites lèvres sont gonflés et turgescents ; sur cet œdème, on peut voir un véritable semis de petites élevures granitées qui trahissent l'inflammation des follicules glandulaires.

Le pus qui s'écoule est épais, crémeux, d'une coloration primitivement blanc jaunâtre, puis jaune, puis verdâtre ; il laisse alors des taches de même couleur sur le linge qui reste empesé : et sur les cuisses, les sillons génito-cruraux, le périnée et l'anus, il détermine des lésions intertrigineuses.

L'urèthre devient très apparent par son méat enflammé

et rouge, d'où la pression fait constamment sourdre des gouttelettes de pus.

Du côté du vagin, ce sont des symptômes qui ont été considérés pendant longtemps comme caractéristiques de la blennorrhagie féminine, et quelle que soit l'opinion qu'on adopte à leur sujet, qu'on y voie une localisation vraie du gonocoque ou bien une irritation produite sur les parois vaginales par le pus provenant de l'utérus, ces symptômes sont constitués par une sécrétion purulente intense, par des phénomènes congestifs rendant la muqueuse hyperémiée et douloureuse au toucher, par une prolifération mamelonnaire donnant au doigt une sensation de râpe très caractéristique, et enfin quelquefois par une production de fausses membranes, donnant lieu à ce qu'on a désigné sous le nom de vaginite diphtéroïde.

L'utérus présente un col œdématié, gonflé, ulcéré, recouvert de muco-pus qui témoigne de la blennorrhagie externe, tandis que l'écoulement, abondant par l'orifice utérin, traduit les lésions de la blennorrhagie interne.

Marche et terminaisons. — Si ces lésions restent superficielles, une hygiène rationnelle et des soins antiseptiques continus en auront facilement raison ; au bout d'un temps variable relativement court, tout rentre dans l'ordre.

Mais il faut dire que bien souvent les apparences de guérison ne sont que des rémissions trompeuses : les anfractuosités de la muqueuse génito-urinaire, sa

richesse en glandes et en follicules, permettent au gonocoque d'y séjourner à l'abri de toute atteinte et de tout agent thérapeutique : la malade est alors exposée à des récurrences plus ou moins insidieuses et plus ou moins fréquentes qui font de la blennorrhagie aiguë, un mode de début de la blennorrhagie chronique.

Il n'y a pas lieu de discuter ici la gravité de l'affection, c'est-à-dire d'envisager les nombreuses complications locales (trompes, ovaires, péritoine), et aussi les atteintes portées à l'organisme en général (rhumatisme), suites malheureusement fréquentes qui ne contribuent pas peu à assombrir le pronostic de la blennorrhagie.

Forme subaiguë. — Son début est celui auquel nous assistons le plus souvent.

La blennorrhagie s'établit sourdement : la malade ne souffre pas, et c'est tantôt pour un peu de leucorrhée plus abondante que de coutume, tantôt pour des taches anormales découvertes sur le linge, tantôt pour des complications naissantes ou avancées que les femmes viennent consulter.

On retrouve à l'examen les mêmes symptômes que pour la blennorrhagie aiguë : mais ceux-ci sont moins intenses : la marche de l'affection est lente, torpide, et elle dégénère en blennorrhée chronique, dont la description est plus caractéristique.

Forme chronique. — Chronique d'emblée ou succédant aux formes précédentes, elle se manifeste presque exclusivement par des symptômes objectifs.

Tous les organes de l'appareil génito-urinaire sont frappés.

A. la vulve, l'affection détermine une congestion et une hypertrophie des follicules glandulaires, déviée en formation d'abcès folliculaires et en fistules complètes et incomplètes.

C'est le même processus infectieux qui, frappant la glande de Bartholin, peut en déterminer l'inflammation chronique et donner lieu au cours de cette blennorrhée latente à des poussées plus ou moins récidivantes de bartholinite aiguë.

C'est à l'urèthre antérieur que se localise ordinairement la blennorrhagie chronique, et elle est alors dévoilée par le gonflement de la muqueuse au voisinage du méat, par sa rougeur non accompagnée de symptômes subjectifs.

Elle peut néanmoins frapper l'urèthre dans sa totalité, créant une sécrétion purulente continue qui expose la malade à la cystite, et surtout aux pyélites et pyonéphrites, auxquelles il faut immédiatement penser dès qu'une élévation de température coïncide avec la présence de pus dans les urines.

Un écoulement naît sur place dans le vagin et s'y collecte quelquefois au niveau du cul-de-sac postérieur et l'on a noté une sorte d'induration des parois qui, chose remarquable, sont saines dans la plus grande partie de leur étendue.

Enfin, du côté de l'utérus, le gonocoque provoque les lésions tenaces et variées de l'endométrite chronique.

Ce qui caractérise cette troisième forme de l'affection,

c'est donc moins les lésions que sa marche lente, son peu de tendance spontanée à la guérison, sa facilité sous l'influence d'une cause adjuvante à subir de véritables poussées aiguës ou subaiguës, qui rappellent l'attention du clinicien sur des lésions que l'on pouvait considérer comme disparues.

Elle expose d'ailleurs plus fréquemment que la blennorrhagie aiguë aux redoutables complications pelviennes et générales.

Telle est, volontairement tracée d'une façon schématique, la description de la blennorrhagie chez la femme.

Nous avons dans cet exposé négligé à dessein les lésions que nous voulons spécialement étudier et qui sont communes à toutes les formes.

Dans une première catégorie nous rangerons les lésions cutanées que détermine au niveau du périnée, de la région vulvaire, de la région périanale et des plis inguino-cruraux l'écoulement du pus blennorrhagique.

Les anciens auteurs. (Martineau, Cullerier, etc.) les mentionnent à peine. M. Verchère, dans son étude sur la blennorrhagie chez la femme, les mentionne avec quelque détail. Voici du reste comment il s'exprime :

« Le pus qui s'écoule en abondance de la surface vulvaire est un pus épais, crémeux,.....; les parties voisines de la vulve sont constamment baignées

par ce pus irritant et présentent à leur tour des lésions parfois assez étendues. Les petites lèvres s'œdémaient et Cullerier y a noté un gonflement considérable par infiltration séreuse, avec apparence d'étranglement, à leur base, état qu'il compare au paraphimosis chez l'homme..... Le pus en baignant constamment les sillons génito-cruraux, le périnée, l'anus, la partie supérieure des cuisses, y produit une dermite intense, eczémateuse, intertrigineuse, extrêmement douloureuse parfois, sécrétante et recouverte de petites croûtes jaunâtres (Martineau). Dans d'autres cas, cette macération détermine simplement une pigmentation exagérée de la peau qui devient parcheminée et présente à sa surface une série de petits plis entrecroisés (1).

« L'intertrigo du périnée, des plis génito-cruraux, est une des lésions fréquentes consécutives à la vulvo-vaginite. Il s'étend généralement jusqu'au coccyx en arrière et détermine une rougeur vive, s'étendant plus ou moins, présentant dans certains cas une disposition analogue à celle que prend l'eczéma et qui l'a fait désigner sous le nom d'eczéma en 8 de chiffre. Cet intertrigo peut être indolore ; cependant il est parfois le siège de cuissons vives, de brûlures qui s'exaspèrent par la marche, par le mouvement. Il se trouve surtout chez les malades grasses et parfois présente une grande résistance au traitement. Il dure souvent aussi longtemps que l'écoulement génital et est sujet à des récidives indéfinies.

(1) T. 1, p. 75.

Il détermine dans ces cas une coloration de la peau parfois indélébile. C'est une coloration noire, d'une teinte plus ou moins foncée suivant les sujets. La peau elle-même conserve alors un épaissement marqué et sa surface présente de véritables rugosités lui donnant l'aspect de la peau de chagrin. Les rugosités en quelques points, peuvent former des saillies papilliformes, arrondies et d'ordinaire sessiles.

Il est très difficile de faire disparaître ces lésions ; elles n'apparaissent que dans les cas où l'érythème s'est longtemps prolongé, lorsque la malade s'est abstenue de tout traitement. J'ajouterai que certaines malades semblent plus prédisposées que d'autres à ces altérations ; ce sont en particulier les malades à peau brune, pigmentée, chez lesquelles la moindre ulcération cutanée se termine presque toujours en cicatrice pigmentée (1). »

Mais, c'est notre maître, le docteur Brocq, qui, dans un mémoire publié en collaboration avec le docteur Bernard, a donné la plus complète étude de cette première catégorie de lésions. Son travail auquel nous ferons de larges emprunts, nous servira aussi de guide et de base pour la description clinique que nous voulons tracer.

Un second groupe de lésions comprend certaines affections rangées ordinairement parmi les complications de la blennorrhagie. Elles surviennent si fréquemment

(1) VERCHÈRE, t. II, p. 182.

pendant l'évolution de cette maladie qu'on peut à juste titre leur donner l'importance et la signification de symptômes capitaux.

Telles sont les végétations et les folliculites.

Enfin l'écoulement blennorrhagique peut donner à certaines affections concomitantes, comme le chancre mou, les syphilides périnéales et l'herpès une physiologie toute spéciale, d'où résultent des lésions d'une hybridité remarquable, lésions qu'il importe de décrire dans l'intérêt du diagnostic.

Nous considérons ces deux groupes de lésions blennorrhagiques et para-blennorrhagiques comme des complications surajoutées au groupe des lésions intertrigineuses, dont elles modifient l'allure et l'aspect, et c'est sous ce titre que nous nous proposons de les étudier.

Ces manifestations extérieures jointes à l'état œdémateux des grandes lèvres et de l'appareil vulvaire, à l'inflammation visible de la glande de Bartholin, permettent, avant même d'entr'ouvrir la vulve pour constater la rougeur uréthrale, la congestion vaginale et l'écoulement muco-purulent du col, d'affirmer le plus souvent l'existence de la blennorrhagie.

Dans tous les cas, soignés pendant notre séjour à l'hôpital Broca, dans le service de notre maître le docteur Brocq, et dont nous rapporterons en les discutant les observations personnelles, ces lésions étaient manifestement sous la dépendance d'une blennorrhagie présentant en partie ou en totalité les symptômes étudiés plus haut et chaque fois le criterium bactériologique nous a aidé à contrôler le diagnostic clinique.

L'étude mérite donc d'en être reprise en détail, tant au point de vue symptomatologique qu'au point de vue anatomo-athpologique et pathogénique, et nous leur laisserons le nom de *stigmata blennorrhagiques*, terme heureux par lequel le docteur Brocq a coutume de les désigner — nous nous attacherons à justifier cette appellation en discutant leur valeur séméiologique.

CHAPITRE II

Description des stigmates.

1^{er} groupe : Lésions intertrigineuses.

Leurs localisations.

Il est intéressant, avant d'entrer dans le détail et la description de ces lésions, d'en préciser le siège en indiquant les causes qui rendent ces localisations constantes.

En première ligne, il convient de décrire une région bien visible lorsque la femme est dans la position du spéculum, région sise au voisinage de la vulve et débordant en dedans et en dehors le pli génito-crural.

Elle affecte la forme de fossettes, symétriquement placées à la racine de chaque cuisse, et se déprimant d'autant plus que la femme est plus grasse.

Sur la femme à l'état normal, elles revêteraient assez la forme d'une ellipse à grand axe formé par le sillon génito-crural, et elles sont en partie recouvertes de poils ; la peau y est extrêmement fine et y sécrète abondamment.

Et cela permet de prévoir, qu'au moindre contact irritant, à la moindre lésion traumatique, cette région soumise aux frottements répétés, comme en témoignent ses nombreux plis de flexion, deviendra le point d'élection d'érythèmes fréquents.

Sur la femme atteinte de blennorrhagie, les lésions cutanées accentuent la forme et précisent les dimensions de cette fossette.

Elle devient franchement triangulaire à angles mousses; sa base a de 4 à 6 centimètres de longueur et correspond au pli génito-crural; son sommet se perd vers la face interne de la cuisse; sa hauteur varie de 3 à 4 centimètres.

La correspondance anatomique profonde se trouve être l'espace compris entre le droit interne et le grand adducteur.

Notre maître, le docteur Brocq, l'a baptisée du nom de *fossette génito-crurale*.

Il est rare qu'elle ne soit pas modifiée au cours d'une blennorrhagie et on s'expliquera facilement qu'elle devienne le siège de prédilection de la lésion cutanée, si l'on songe qu'elle est constituée par une dépression marquée qui favorise la stagnation des écoulements, que, riche en glandes sudoripares qui assurent une sécrétion abondante à l'état normal, plus abondante encore à l'état pathologique, elle siège, en outre, dans une partie du corps soumise en permanence à de continuels frottements quelle que soit la position de la femme, debout assise ou couchée.

D'ailleurs, si dans toutes nos observations, nous avons noté d'une façon générale la constance de la lésion, il

s'en faut que dans tous les cas les limites des localisations soient les mêmes.

Tantôt très accentuées dans son tiers supérieur, elles se limitent à deux bandes ovalaires renflées au centre et qui suivent assez exactement les plis génito-cruraux, empiétant aussi de chaque côté sur la cuisse.

Tantôt, au contraire, la lésion s'accroît dans son tiers inférieur et diminue d'intensité à mesure qu'on se rapproche du triangle.

Elle peut en déborder les limites, rejoindre les lésions de la face interne et former ainsi une vaste zone limitée d'un côté par toute la longueur du pli inguinal, de l'autre par une ligne indécise qui atteint quelquefois le tiers inférieur de la cuisse.

Plus fréquemment cette limite inférieure au lieu de se perdre ainsi en une dégradation insensible tranche vigoureusement sur la peau saine surtout dans les formes aiguës inflammatoires.

Il s'en faut aussi que la lésion reproduise toujours la forme triangulaire de la fossette : la base du triangle peut ou se rétrécir ou s'allonger.

Quelquefois, il s'agit de traînées irrégulières, uniques ou multiples, séparées par des intervalles de peau normale. Quelquefois aussi les traînées elles-mêmes, grâce à des dispositions antérieures de la peau (soit sous l'influence de cicatrices de papules syphilitiques anciennes ou de vergetures), les traînées, disons-nous, se segmentent comme nous le montrons dans une observation et les lésions se réduisent à de petites mouchetures

superficielles, érythémateuses et pigmentées sans limites bien nettes.

Parfois enfin elles se confondent avec les localisations que nous allons décrire.

Un autre siège d'élection où se rencontrent les stigmates de la blennorrhagie est situé au tiers interne de la cuisse. Leur fréquence en cet endroit est moindre que dans les fossettes génito-crurales : il entre en effet dans les raisons de leur développement de nouveaux facteurs, le genre de vie de la malade, la plus ou moins grande facilité qu'elle a de quitter la station verticale, et de se reposer assise ou couchée, et aussi son embonpoint qui augmente le volume des cuisses et les rend plus tangentes.

La peau à l'état normal n'y offre aucune modification, et l'on s'explique aisément pourquoi cette zone n'est ordinairement envahie que dans les écoulements assez anciens et par suite abondants.

Les femmes atteintes sont surtout celles qui ont négligé pendant longtemps de soigner leur affection, qui ont continué de vaquer à des occupations exigeant de leur part une situation verticale prolongée. Dans cette attitude, et surtout chez les personnes grasses, les cuisses se rapprochent l'une de l'autre : pendant la marche elles se frottent continuellement. Parfois même, il nous a été permis de constater que certaines affections douloureuses du petit bassin, certaines affections du rectum, en particulier des ulcérations, des fissures de l'anus ou même la simple rectite blennor-

rhagique, obligeaient pendant la marche la malade à des mouvements d'adduction qui immobilisaient les régions douloureuses fessières et périnéales, mais qui provoquaient en échange des frottements, points de départ d'irritation à la face interne des cuisses.

Toutes ces causes, inconstantes, il faut l'avouer, expliquent néanmoins ce second ordre de lésions, inconstant lui aussi.

En troisième lieu, au pourtour de l'anus, éveillées rarement par une rectite blennorrhagique, le plus souvent résultant de l'irrigation interfessière par le pus vaginal, surtout lorsque la femme est dans la position couchée, se développent d'autres lésions, suivant une zone circonférentielle à diamètre plus ou moins développé, le centre étant constitué par l'orifice anal.

Ces lésions affectent dans leur ensemble, lorsque les cuisses sont écartées, la forme d'un fer à cheval, et lorsque les fesses sont rapprochées, celle d'un angle dièdre à sinus ouvert et en avant, zone que notre maître le docteur Brocq désigne sous le nom de *cocarde périnéale*.

Elle est surtout marquée chez les femmes un peu grasses et chez celles qui ont des suintements ano-génitaux abondants.

Le classement de ces lésions intertrigineuses est forcément schématique, mais elles n'en sont pas moins de règle au cours d'une gonococcie féminine, et réparties selon la description que nous en donnons.

Quelquefois les zones sont dépassées et l'on a sous les yeux des lésions confluentes énormes, occupant toute la face interne des cuisses dans ses deux tiers supérieurs, affleurant les grandes lèvres, gagnant le pli inguino-crural et ne laissant dans toute cette région que de minces espaces de peau saine au niveau des tubérosités ischiatiques, à la partie postérieure des cuisses.

Dans d'autres cas il s'agit de taches érythémateuses, irrégulières, à localisations atypiques.

En résumé, les causes qui semblent présider d'une part à l'existence, d'autre part aux localisations des lésions, tiennent :

1° A la virulence de l'écoulement, c'est ce qui explique d'après nous qu'elles s'installent dès les premiers jours d'une blennorrhagie, alors que certaines pertes blanches, d'origine utérine banale non gonococcique, ne les déterminent pas.

2° A la chronicité de l'écoulement qui entretient et modifie peu à peu les lésions premières.

3° A l'état de propreté du sujet et à son embonpoint, mais il s'agit plutôt là d'une question d'intensité.

4° Enfin d'une question de tempérament; les troubles de circulation locale, les dyshydroses, les hyperhydroses, le tempérament arthritique, sans paraître favoriser l'éclosion de la lésion, peuvent rendre son évolution prolongée et influencer certaines transformations de l'érythème.

CHAPITRE III

Aspect des lésions des fossettes génito-crurales.

Les nombreux cas qui ont passé sous nos yeux pendant notre séjour dans le service du docteur Brocq, cas parmi lesquels nous nous sommes réservé le droit de choisir les observations intéressantes et typiques, adjointes à cette étude, nous permettent de décrire deux formes différentes suivant lesquelles apparaissent les lésions des fossettes génito-crurales.

Leur aspect peut être d'un rouge vif, présenter un certain degré d'inflammation et donner par conséquent l'impression d'une affection aiguë et passagère.

Ou, au contraire, leur couleur peut être d'un brun plus ou moins pâle, plus ou moins foncé suivant les sujets, et correspondant à des altérations cutanées constituées à l'état chronique. Ces deux formes sont susceptibles d'ailleurs de se combiner, suivant tous leurs intermédiaires.

Mais comme la forme aiguë, forme inflammatoire par

excellence, paraît se surajouter, à la seconde d'une façon plus ou moins transitoire selon les récidives, nous commencerons par décrire la forme que revêtent les lésions des fossettes génito-crurales à l'état de repos.

Etat de repos. — Nous ne nous permettrons pas ici d'en donner une autre description que celle tracée magistralement par MM. Brocq et Bernard dans leur mémoire : description que, d'ailleurs, nous avons pu vérifier en mainte circonstance.

Nous nous contenterons de faire remarquer que deux caractères principaux s'attachent à ces lésions : d'une part les modifications des plis de la peau, d'autre part la pigmentation.

Nous allons les étudier successivement :

1^o Modification des plis de la peau.

En premier lieu ils s'exagèrent. Nous avons fait déjà remarquer combien était délicate et fine la peau des fossettes génito-crurales, où à l'état normal on ne distingue qu'avec peine de rares plis au niveau du sillon génito-crural.

A l'état pathologique au contraire ces plis apparaissent d'une façon manifeste.

Une série de sillons parallèles profonds, affectant tous une direction bien nette, deviennent très visibles. Ils sont dans leur ensemble obliquement dirigés d'arrière en avant et de haut en bas.

Leur direction mérite d'être précisée par rapport au

sillon génito-crural qui semble l'axe avec lequel ils forment des angles aigus dont le sinus est inférieur.

D'ailleurs, au niveau même du pli génito-crural, les sillons longitudinaux qui suivaient ce pli et qui existent sur la peau normale disparaissent, effacés par l'entrecroisement à angle obtus de ces deux groupes de sillons.

Ce sont là, les sillons principaux de Brocq dont la profondeur ne dépasse pas un quart à un demi-millimètre. C'est encore leur entrecroisement qui délimite la formation de petits plateaux ou mamelons de dimensions variant d'après la longueur des sillons, dont la netteté dépend également de leur profondeur, double caractère qui nous paraît sous la dépendance de prédispositions locales, de l'intensité et de la ténacité de l'écoulement.

Ces mamelons eux-mêmes ne sont pas simples ou lisses : ils sont entrecoupés par une série de sillons transversaux ou antéro-postérieurs secondaires, qui fractionnent les sillons principaux, en leur donnant un aspect général sinueux.

Tous ces sillons sont remarquables non seulement par la dépression linéaire qu'ils forment, et par leur plus ou moins grande profondeur, mais également par les modifications de coloration à leur surface.

Avant de les étudier en détail, nous croyons bon d'aborber le deuxième caractère de la lésion intertrigineuse à l'état de repos, c'est-à-dire, la pigmentation.

2° Pigmentation

Deux cas sont à considérer. Ou bien la pigmentation est accentuée et donne à toute la région frappée une teinte parfaitement visible. C'est la pigmentation proprement dite. Elle varie alors suivant le pouvoir chromotogène des sujets, devenant bien plus accentuée chez les femmes à peau brune, à poil foncé, à grandes lèvres pigmentées : dans ces cas les fossettes ont une coloration franchement noirâtre, qui tient également au plus ou moins grand développement du système pileux, et alors il semble s'établir entre les modifications des plis de la peau et cette pigmentation une compensation, qui fait que l'une se développe au détriment de l'autre.

Ou bien, dans un second groupe de faits observés, surtout chez les femmes blondes à peau blanche, à grandes lèvres incolores, la peau garde sa coloration normale, présentant parfois une teinte café au lait fort claire.

Malgré cela la pigmentation existe réellement et l'on ne peut la décélérer qu'au prix d'un examen approfondi, dans les sillons et sur les saillies mamelonnaires.

3° Pigmentation des sillons et des mamelons.

Quand on tend la peau, et qu'on regarde soit à jour frisant, soit avec la loupe, on peut constater que le fond des sillons se dessine en rose sur les téguments bridés

plus ou moins blanchâtres. Les lèvres de ces sillons deviennent de plus en plus pigmentées au fur et à mesure qu'on s'approche du mamelon qui les limite. Enfin, ceux-ci offrent une teinte légèrement ombrée, si la pigmentation générale n'est pas accentuée, légèrement luisante, si la pigmentation générale est nette, ce qui contribue à former sur la nappe uniforme pigmentaire un pointillé d'hyperpigmentation.

Ces détails sont surtout visibles lorsque dans les fossettes abondent les saillies folliculaires, parues sous la forme de petits points arrondis de la grosseur d'une moyenne tête d'épingle et qui gardent toujours une teinte normale, ou en tout cas plus blanche que celle de la lésion.

Enfin, si l'on palpe la région, on constate dans ce cas type, qui ne présente aucune des complications décrites plus loin, on constate, disons-nous, que la peau garde sa consistance normale.

Ces modifications visibles ne correspondent ni à une infiltration ni à un épaissement.

Il n'y a dès maintenant aucune lichénification ; celle-ci n'apparaissant que plus tard comme nous le verrons.

Il ne s'agit en somme que de lésions très superficielles, saillie des mamelons, pigmentation, très atténuées par la tension des téguments et non traduites par la palpation.

Etat inflammatoire. — Les lésions que nous venons de décrire prennent dans les cas de blennorrhagie aiguë, ou bien dans les poussées aiguës au cours de blennor-

rhée chronique (poussées souvent déterminées par d'autres affections, chancres mous ou syphilides papulo-érosives). Ces lésions prennent, disons-nous, un caractère spécial qui tient :

D'une part, aux modifications apportées aux lésions chroniques précédemment décrites ;

D'autre part, à des lésions surajoutées.

En effet les sillons de premier ordre se creusent et s'accroissent, déterminant par là même une saillie plus visible des plateaux intermédiaires. Cette hypertrophie a surtout son siège dans les mamelons parallèles au sillon génito-crural.

La peau prend un aspect lisse luisant, en même temps que la pigmentation primitive s'atténue. Si l'on tend la peau, on n'obtient pas l'effacement complet des mamelons.

L'infiltration superficielle est plus accusée, et le massage de la lésion tout en en modifiant considérablement l'aspect, ne ramène jamais l'état normal, comme dans les cas qui sont à l'état de repos.

La lésion nouvelle qui se surajoute comprend des bandes érythémateuses franches, qui peuvent s'étendre sur toute la surface des fossettes. Plus ordinairement elles se réduisent à quelques plaques disposées en bandes transversales, vaguement parallèles au pli inguinal et séparées par des régions dans lesquelles la peau peut conserver son état normal. C'est ce qui se voit lorsque la femme en est à sa première blennorrhagie

(Observation III.)

Elles peuvent être séparées par des lésions offrant l'état caractéristique des périodes de repos. C'est ce qu'on trouve chez des femmes qui font au cours d'une chaudepisse chronique, des poussées inflammatoires.

(Observation V.)

D'ailleurs la disposition de ces bandes inflammatoires varie à l'infini : tantôt elles sont parallèles à l'axe de la cuisse, rangées en petites hachures linéaires et perpendiculaires au sillon génito-crural.

(Observation VI.)

Ou bien, sur une femme qui portait des vergetures des fossettes et de la face interne des cuisses, consécutives à une grossesse, elles étaient limitées aux espaces situés entre les vergetures, donnant ainsi à l'ensemble un aspect bizarrement marbré, caractéristique.

(Observation IX.)

Elles peuvent enfin dessiner les limites extérieures de la fossette, laissant intacte la partie centrale presque toujours déprimée.

Quoiqu'il en soit elles se caractérisent par un érythème d'un rose vif, luisant, légèrement turgescents, non uniforme, car, à un examen attentif il est facile de constater de petites élevures d'un rouge plus vif au niveau des papules dermiques, sortes de nouvelles papules en miniature de la grosseur d'une pointe d'épingle.

La pression fait disparaître totalement cet érythème, mais un de ses grands caractères est dans son évolution. En deux ou trois jours il disparaît sous l'influence de

lotions antiseptiques légères, ou de poudres dessiccatrices et absorbantes. Il fait alors place aux lésions à l'état de repos.

Ce caractère éphémère de la lésion érythémateuse est tellement accentué, qu'un examen un peu prolongé au spéculum l'atténue beaucoup, par le simple contact de l'air : sa disparition s'accompagne souvent dans ce cas de dessiccation et d'une légère desquamation pityriasique.

Il ne faut pas confondre ces lésions avec l'intertrigo banal qui s'accuse par une rougeur exactement limitée aux plis de flexion de la cuisse, s'accompagnant d'une tuméfaction rouge lisse et luisante, recouverte ordinairement d'une sécrétion consistante et blanchâtre, siégeant enfin vers la face externe des grandes lèvres et la face interne des cuisses.

Marche, durée et terminaisons de ces lésions.

Nous venons de voir comment évoluent les lésions aiguës et inflammatoires : mais nous n'avons signalé à leur propos qu'un mode de terminaison : celui dans lequel elles font place à un état chronique qui s'installe primitivement et évolue pour son propre compte, à moins que déjà un état chronique ne les ait précédées.

Quelquefois, lorsque la blennorrhagie évolue rapidement et se termine par la guérison, la restitution ad integrum est complète, d'autre part il ne faudrait pas croire qu'une poussée aiguë fût nécessaire pour déterminer la lésion chronique et que lésion aiguë corresponde toujours à une blennorrhagie aiguë.

L'état de repos peut s'installer lentement et progressivement, peut même débiter très brusquement chez certaines femmes à peau très pigmentée, les brunes par exemple : il peut encore s'accompagner seulement d'une poussée d'herpès par exemple, poussée qui témoigne seule de l'invasion soudaine de l'infection.

Nous l'avons observée chez une malade de la salle Cullerier, femme de chambre dont la blennorrhagie datait de huit jours et se manifestait extérieurement par des pigmentations étendues et noirâtres garnissant à la fois les fossettes, la face interne des cuisses et le pourtour de l'anus. Cette malade à part quelques bulles d'herpès n'offrait pas le plus léger érythème, pas la moindre lésion intertrigineuse des plis.

Ces lésions de l'état de repos peuvent ou disparaître complètement ou s'atténuer au bout d'un temps plus ou moins long, ce qui dépend de l'hygiène de la femme et du traitement institué : les poussées érythémateuses qui viennent se greffer sur elles, les accentuent et retardent d'autant leur évolution.

Enfin, là peut-être plus que partout ailleurs, la peau réagit suivant les prédispositions individuelles, — et les lésions aiguës ou chroniques peuvent subir des transformations que nous décrirons dans le chapitre des complications.

Il est rare que les lésions se limitent aux fossettes génito-crurales : elles empiètent sur les limites visibles des fossettes, et se joignent aux autres lésions beaucoup plus connues que nous allons maintenant décrire.

CHAPITRE IV

Lésions de la face interne des cuisses

Ces lésions sont observées surtout chez les femmes grasses, dont les cuisses entrent continuellement en contact pendant la marche, et sont ainsi soumises d'une façon permanente à des frottements irritants (1).

Il est bon de préciser, au point de vue de l'étiologie, ce fait que les stigmates de la blennorrhagie se localisent à la face interne des cuisses surtout chez les femmes du peuple dont les occupations impérieuses nécessitent la station verticale prolongée et des mouvements de marche exagérés.

Théoriquement, le siège de ces lésions devrait se limiter à une bande mince et étroite, courant sur la face interne des cuisses et se confondant avec la région tangentielle de contact.

Ordinairement, il n'en est pas ainsi : les frottements sont répartis sur presque toute la face interne des cuisses : et comme eux, les lésions dépassent en avant

1) Obs. X.

et en arrière, cette région idéale dont nous parlions. Les parties atteintes affectent grossièrement la forme d'un triangle à base supérieure et courbe dont la concavité est dirigée en haut et en dedans, à sommet inférieur descendant plus ou moins près des genoux, et dépassant dans la grande majorité des cas la moitié de la cuisse.

Les côtés de ce triangle sont naturellement constitués par des lignes conventionnelles : les lésions semblent rayonner d'un axe central, au niveau duquel elles offrent leur maximum et elles vont se perdre insensiblement à la périphérie dans le tissu normal.

Si maintenant nous analysons minutieusement les accidents de cette région, nous pouvons leur décrire trois caractères, dont les deux premiers nous sont déjà connus.

C'est en premier lieu la pigmentation qui offre un aspect identique à celui qu'elle présente dans les fossettes génito-crurales : les teintes en varient depuis la couleur café au lait clair jusqu'au brun noirâtre : la disposition en est variable avec les malades et se trouve ordinairement en rapport avec les mêmes formes observées dans les lésions des fossettes, tantôt selon des bandes longitudinales, tantôt en stries à convexité inférieure, tantôt en mouchetures légères, tantôt mais rarement réparties sans ordre ni régularité.

En second lieu, les sillons déjà observés dans les fossettes génito-crurales, présentent ici certaines particularités. Ils sont moins visibles, plus superficiels. Ils abondent surtout près de la fossette où ils affectent

alors une direction oblique de haut en bas, d'avant en arrière, séparés les uns des autres par un intervalle de un millimètre à un millimètre et demi.

Quelquefois ils sont coupés par des sillons perpendiculaires donnant à la peau un aspect finement chagriné.

En résumé ils ne sont que l'atténuation sur la face interne des cuisses des sillons rencontrés dans les fossettes génito-crurales.

Le troisième caractère, propre celui-là à cette dernière localisation des stigmates de la blennorrhagie, consiste en un début de lichénification.

Celle-ci est d'ailleurs peu marquée : pour l'observer il est nécessaire de faire varier les incidences de lumière. On voit alors de très nombreuses facettes minuscules, aplaties et brillantes qui prennent une teinte fauve sur la coloration des tissus voisins.

Elles forment par leurs groupements des placards irréguliers, plus marqués aux points où les contacts sont plus répétés, c'est-à-dire vers la partie centrale du triangle dont nous avons parlé, sur la périphérie, les facettes s'isolent, deviennent discrètes, ressemblant grossièrement à de petites tablettes de ruber lichen plan. Hâtons-nous de dire qu'il n'y a là qu'une apparence et qu'au palper on ne sent qu'une légère infiltration superficielle : il s'agit donc seulement d'une lésion analogue à la lichénification diffuse avortée, décrite par notre maître, le docteur Brocq.

M. Brocq fait remarquer l'importance de ces cas où ces lésions ne sont précédées d'aucune démangeaison,

d'aucun grattage, et dans lesquels le traumatisme est réduit aux frottements et contacts irritants.

Nous croyons cependant que chez les malades prédisposées, les nerveuses, les arthritiques, les neuro-arthritiques, bref, celles que leurs tempéraments exposent aux névro-dermites de Brocq, nous croyons, disons-nous, qu'il y a là un point d'appel facile et trouvé aux lichénifications vraies que nous décrirons dans les complications.

CHAPITRE X

La cocarde péri-anale.

Les lésions péri-anales sont banales et fréquentes.

Elles sont observées chez les femmes un peu grasses et chez celles qui ont d'abondants suintements ano-génitaux. On les note même chez l'homme. Nous avons plusieurs fois observé à la consultation de M. Brocq des lésions intertrigineuses siégeant dans le sillon interfessier et qui affectent au niveau du pourtour de l'anüs les mêmes caractères, accusés davantage dans les cas d'écoulement blennorrhagique.

Les lésions typiques, dans ces dernières circonstances qui seules nous intéressent, les lésions typiques sont symétriques, et chaque demi-lésion affecte la forme d'une demi-circonférence exactement limitée, dont le centre correspondrait à l'orifice anal et dont le rayon mesure en moyenne 8 à 10 centimètres. La circonférence périphérique est tangente à une ligne qui, lorsque la femme est dans la position du spéculum, serait dans le prolongement des limites externes des lésions de la face interne des cuisses.

Si bien que dans les cas très accentués et lorsque

toutes les parties sont atteintes, fossettes, cuisses, pourtour de l'anus, il n'existe qu'une échancrure de peau normale, représentée par la moitié inférieure du sillon génito-crural.

Considérées dans leur ensemble, les lésions périanales affectent la forme d'un fer à cheval, dont la convexité inférieure correspondrait au coccyx et dont les deux branches embrasseraient l'extrémité inférieure des grandes lèvres.

Dans cette cocarde, et cette dénomination lui vient de là, on distingue les trois zones colorées suivantes :

1° Au niveau même de l'anus et de ses plis radiés, une première bande circulaire très pigmentée et noirâtre, dont les dimensions varient de deux à quatre centimètres.

Elle ne dépasse pas ordinairement la limite des poils péri-anaux,

2° En dehors de cette première, une seconde zone, représentée par une bande claire, légèrement érythémateuse s'il s'agit d'un cas aigu, fort légèrement pigmentée et même de teinte normale si les stigmates blennorrhagiques sont à l'état de repos. Elle est large de deux à trois centimètres et correspond au point de contact des fesses.

Elle peut être marquée surtout à la partie antérieure par un léger degré de lichénification.

3° La zone externe qui limite la cocarde périanale offre une largeur moyenne de un centimètre (1).

Elle est la plus constante, mais aussi la plus variable. Elle peut être constituée par une bande érythémateuse

(1) Obs. VIII, XII, XIII.

simple, de couleur rosée, continuant quelquefois les bandes rosées signalées dans les lésions aiguës des fossettes génito-crurales, bande érythémateuse pouvant elle aussi varier d'aspect et offrir ou bien un aspect lisse, ou bien un aspect chagriné, accompagné d'un petit piqueté congestif.

La zone externe peut être aussi constituée par une traînée érythémato-squameuse avec une desquamation fine, pityriasique, marquant la terminaison de l'érythème et formant une véritable collerette à la cocarde.

Ou bien c'est une bande pigmentaire foncée, sans érythème.

Ou bien encore des lignes de pigmentation sont séparées entre elles par des stries rosées concentriques ; dans quelques cas nous avons vu cette zone externe recouverte de vésicules, les unes avortées, les autres pleines d'un liquide séro-purulent, vésicules à peine appréciables à l'œil nu.

Dans certaines circonstances, à ces modifications d'aspect, se joignent des modifications de dimension.

Il n'est pas rare d'observer un simple liseré rosé circonscrire la cocarde et limiter en dehors une pigmentation uniforme.

C'est alors qu'on observe les folliculites et les éruptions herpétiformes qui siègent ordinairement à la périphérie de la lésion qu'elles viennent compliquer.

L'ensemble lui-même de la cocarde peut varier.

Les trois zones peuvent être confondues en une seule : c'est ce qui arrive lorsque la pigmentation est très accusée (cocarde noire), ou lorsque la pigmentation est peu

accusée, les deux zones moyenne et externe se confondant.

Plus rares sont les cas où la zone périphérique est seule marquée. Nous l'avons cependant observée deux ou trois fois et même chez des femmes indemnes de tout autre stigmaté blennorrhagique cutané mais affligées malgré tout d'un écoulement gonococcique.

Enfin ces variations s'accusent davantage dans les cas où l'anus et le rectum sont envahis eux-mêmes par l'infection blennorrhagique et où, chose remarquable, la cocarde perd ses caractères de régularité et d'aspect, qui sont pathognomoniques par leur fréquence et leur permanence. .

CHAPITRE VI

Marche, durée et terminaisons des lésions intertrigineuses.

Rien n'est plus variable que la marche des lésions intertrigineuses ; bien qu'elles soient sous la dépendance de causes déterminantes dont la principale paraît être, comme nous le verrons, l'infection gonococcique, ces lésions sont, malgré tout, soumises à des influences multiples (tempérament, hygiène, affections intercurrentes, infections secondaires), qui orientent de façon très variable leur évolution.

Cependant, il est possible de schématiser les formes différentes que nous avons pu observer, et de grouper les cas qu'il nous a été permis de suivre dans le service du docteur Brocq, selon les cadres que nous allons essayer de tracer.

1° Ou bien l'affection est franchement aiguë : il s'agit de lésions érythémateuses des fossettes situées à la face interne des cuisses et de la région périanale : ces lésions marquent souvent, nous le savons, le début d'une blen-

norrrhagie intense. Dans ce cas l'affection est éphémère.

Née du contact des liquides vaginaux, elle cesse aussitôt qu'un tamponnement a supprimé leur écoulement.

Au bout de 24 heures, de 12 heures même quelquefois, l'éruption pâlit et tend à s'effacer : une légère et fine desquamation pityriasique, s'accompagnant quelquefois d'un prurit peu intense, marque le déclin de l'érythème — bref, en trois jours, la lésion a disparu — et ne laisse pas de traces derrière elle. C'est très rarement qu'on la voit passer à l'état subaigu ou se traduire par quelques traces pigmentaires.

2° Ou bien, dans un second ordre de faits, il s'agit de lésions chroniques entretenues par des blennorrhagies récidivées et répétées — ces lésions durables offrent l'aspect de celles que nous avons décrites à l'état de repos — et sur lesquelles se greffent parfois de nouvelles poussées érythémateuses plus ou moins éphémères : ces lésions ont un caractère de persistance plus net — mais, sauf chez les personnes à peau très pigmentée, elles guérissent complètement au bout d'un temps variant de 15 jours à trois semaines, à condition toutefois que les malades subissent un traitement rigoureux, à la fois du symptôme lui-même — et de la cause qui l'a provoqué.

L'étude de l'évolution des lésions intertrigineuses que nous décrivons les fait donc apparaître revêtues d'un caractère nouveau : la durée en est relativement courte.

Or, ce caractère permet de les distinguer nettement de certains eczémas intertrigineux dont ils se différen-

cient d'ailleurs par leurs signes objectifs, et de les distinguer aussi et surtout des véritables lésions de lichénification que leur description rappelle pourtant en certains points.

Et, ici, nous avons spécialement en vue les lésions de la face interne des cuisses, dans lesquelles précisément entre en jeu un facteur commun aux lichénifications de Brocq et Jacquet ainsi qu'aux lésions intertrigineuses blennorrhagiques, à savoir les traumatismes et les frottements répétés. Mais, dans le premier cas, il s'agit de placards circonscrits ou diffus, caractérisés par une exagération plus manifeste des plis de la peau et surtout par son épaissement.

On note une infiltration superficielle qui n'existe pas dans la lésion intertrigineuse dont nous nous occupons.

Toutefois, il est nécessaire de dire que chez certaines prédisposées à tempérament névropathique, la lésion d'origine blennorrhagique peut être le point de départ d'une lichénification, qui évoluera comme telle, c'est-à-dire lentement et chroniquement.

Cette dernière considération nous permet d'entrevoir que l'allure des stigmates blennorrhagiques n'est pas aussi bénigne qu'on pourrait le penser ; et que certaines complications, habituelles selon nous dans la blennorrhagie, en constituent des symptômes aussi pathognomoniques que ceux précédemment étudiés.

Nous allons les passer en revue.

CHAPITRE VII

Complications habituelles des lésions intertrigineuses.

(2^{me} groupe de Stigmates)

On peut les classer ainsi :

a) Complications dues au terrain sur lequel la lésion évolue.

Elles sont rares, et il s'agit là de la lichénification et de l'eczématisation de la lésion.

b) Complications infectieuses, d'origine étrangère au sujet, déterminant soit des folliculites superficielles, soit des érosions plus ou moins profondes.

c) Lésions concomitantes qui, par le cachet qu'elles impriment à l'affection et par les modifications qu'elles subissent du fait même des lésions intertrigineuses, méritent d'être rangées dans ce chapitre.

En outre, nous joindrons à ce groupe de stigmates deux manifestations qui doivent faire songer, dans presque tous les cas, à la blennorrhagie, l'une traduisant au

dehors l'inflammation vaginale aiguë, c'est l'œdème des petites lèvres, l'autre dont la pathogénie est fort discutée mais qui est en rapport avec la blennorrhagie d'une manière trop constante pour ne pas faire partie des signes extérieurs ; nous voulons parler des végétations.

A) Complications dues au terrain,

Lichénification. — Chez certaines femmes ordinairement au tempérament neuro-arthritique très prononcé, l'irritation de la peau, causée par l'écoulement blennorrhagique, s'accompagne d'un prurit intense et le traumatisme que détermine le grattage combine son action à celui des liquides septiques.

Il en résulte que les lésions sont de moins courte durée et que, malgré le traitement et les soins d'hygiène, les plaques s'agrandissent, s'exagèrent et changent de nature. Leur rougeur persiste et s'accuse. Les sillons qui n'étaient visibles qu'à un examen minutieux fait à jour frisant, deviennent plus profonds. La peau s'épaissit de façon manifeste et fait relief sur les parties environnantes et la main du clinicien, soit à la palpation superficielle, soit à la palpation profonde, reconnaît une infiltration indubitable des différentes couches du derme (1).

On reconnaît là, brièvement résumée, la description classique que notre maître, le docteur Brocq, a faite de la lichénification.

D'ailleurs, s'il est vrai de dire que cette lésion est rare

(1) Obs. I et II.

dans les cas qui nous occupent, si ces lichénifications sont très souvent avortées, guérissent facilement sans présenter le caractère rebelle des véritables névro-dermies, nous verrons plus loin que le processus anatomo-pathologique qui répond aux lésions intertrigineuses ne diffère du processus anatomo-pathologique des lichénifications que par une question de degré.

Eczématisation. — C'est une complication encore plus rare que la précédente avec laquelle elle se combine bien souvent. Nous avons pu en observer un cas assez typique dans lequel il s'agissait plutôt d'une poussée d'eczéma greffée sur des lésions intertrigineuses en voie d'évolution et presque éteintes que d'une véritable eczématisation. Elle se caractérisait par l'apparition de fines vésicules, disséminées irrégulièrement, certaines de la dimension d'une tête d'épingle, la plupart avortées, quelques-unes saines, d'autres croûteuses (dans ce cas la poussée eut d'ailleurs une durée relativement courte, 15 jours à trois semaines). Dans d'autres cas, on peut concevoir que des vésicules se surajoutent aux plaques de lichénification que nous avons décrites plus haut. Mais nous n'avons pu recueillir d'observation établissant cette lésion qui doit être d'une extrême rareté. Dans ces deux cas, le diagnostic de la complication sera chose aisée. Il importera seulement de reconnaître l'affection qui a créé le *locus minoris resistantie*, l'érythème pré-existant et d'origine blennorrhagique (1).

(1) Obs. VII, VIII, XI.

B) Le deuxième groupe de complications a trait aux infections secondaires qui se greffent sur les lésions intertrigineuses et qui déterminent :

- a) *Les folliculites.*
- b) *Les érosions.*

Folliculites. — Les premières peuvent revêtir différentes formes :

a) Tantôt elles apparaissent localisées sur les lésions intertrigineuses primitives : elles offrent alors l'aspect de fines pustules ou vésico-pustules légèrement acuminées, et répondant au type d'impétigo de Bockart. Ces pustules occupent ordinairement la périphérie des lésions — et dans une très curieuse observation elles formaient la limite périphérique de la cocarde péri-anale, tandis que la partie centrale était saine (1).

b) Tantôt, au contraire, ces lésions se généralisent aux fossettes génito-crurales, au pourtour de l'anus, à la face externe et même interne des grandes et petites lèvres. Elles y apparaissent généralement sous forme de bulles d'herpès infecté secondairement et permettent de reconnaître facilement cette origine soit par leur forme cyclique, soit par leur groupement à contour polycyclique.

c) Enfin, plus rarement, on peut noter des lésions ecthymatheuses, qu'on trouve ordinairement isolées et ne revêtant là aucun caractère particulier : bref, restant comme les follicules précédemment décrites, la manifestation d'une inoculation superficielle.

(1) Obs. IV et X.

d) Il convient d'ajouter à ces différentes manifestations des infections secondaires qui peuvent se greffer sur les lésions intertrigineuses, les cas où ces lésions perdent le caractère de lésions superficielles, et envahissent le derme et le tissu cellulaire sous-cutané.

Souvent, en effet, on est exposé à trouver un furoncle de la grande lèvre ou des fossettes génito-crurales, avec sa base rouge, son sommet acuminé jaunâtre ; c'est peut-être la complication la plus sérieuse que nous ayons pu constater dans les stigmates de la blennorrhagie (1).

Sauf dans ce dernier cas, les complications ont une évolution courte ; elles disparaissent quand on institue pendant quelques jours une toilette hygiénique bien comprise.

Certaines, et c'est l'exception, laissent quelquefois après elles un léger épaississement luisant et bien limité de téguments, très différent d'ailleurs des lichénifications. (hyperacanthose post-infectieuse de Brocq).

Il résulte des examens bactériologiques pratiqués dans ces follicules (le pus ayant été recueilli aseptiquement par cautérisation de l'épiderme des vésicules) que tantôt le staphylocoque, tantôt le streptocoque, plus fréquemment les deux microbes associés sont les agents pathogènes de ces infections secondaires.

Bien entendu, nous excluons de ce groupe de lésions, les follicules chancrelleuses qui trouveront leur place dans la troisième catégorie des complications étudiées ici.

(1) Obs. IV.

Erosions. — Après les follicules, les érosions.

Comme les premières, elles peuvent se rencontrer soit sur les lésions intertrigineuses elles-mêmes, soit d'une façon générale au titre de manifestation directe de la blennorrhagie.

Elles revêtent des formes nombreuses, des aspects très différents, et nous en décrirons plusieurs groupes.

1° D'abord un groupe d'ulcérations consécutives aux folliculites que nous avons décrites précédemment et qui seront d'autant plus profondes que le processus inflammatoire procréateur aura été lui-même moins superficiel. Mais quelle que soit cette profondeur, elles ont comme caractère commun d'affecter une forme régulière à contour cyclique ou polycyclique comme le processus inflammatoire qui leur a donné naissance.

Elles sont entourées ordinairement d'une aréole rougeâtre, leur fond légèrement sanieux, leur centre plus déprimé que la périphérie, constituent des caractères qui les différencient nettement des éruptions herpétiques superficielles à fond plat luisant, pleurant, non infecté (dans le cas d'infection survenue sur des vésicules d'herpès, les caractères différentiels n'existeront plus, bien naturellement).

Il est utile d'insister sur cette complication des stigmates blennorrhagiques surtout lorsque ces ulcérations affectent ces dispositions linéaires localisées à la périphérie des plaques intertrigineuses, lésions que nous avons déjà signalées dans l'observation.

Chez cette malade, la confluence des ulcérations, l'in-

filtration des lésions compliquant les stigmates de la blennorrhagie, pouvaient en imposer pour des syphilides en nappe, et des syphilides superficielles lenticulaires.

Un simple traitement local nous démontra que le diagnostic de blennorrhagie, avec stigmates au grand complet, était exact.

L'intensité de la blennorrhagie, déduite de l'importance des stigmates, fut d'ailleurs confirmée par des complications vésicales et rénales que présenta cette malade peu de jours après son entrée dans la salle Cullerier.

2° A côté des ulcérations consécutives aux folliculites, il est nécessaire de décrire tout un groupe d'ulcérations bien connues du clinicien pendant le cours de la blennorrhagie féminine, et qui se rattachent d'une façon indirecte à l'affection qui nous occupe particulièrement.

On les rencontre très rarement en effet dans les fossettes génito-crurales et sur la face interne des cuisses. Elles ne font pas partie du cortège des lésions intertrigineuses, elles intéressent les petites lèvres, leur face interne, la fourchette, l'orifice vulvaire, et ne sont qu'une manifestation externe des ulcérations qui peuvent siéger sur les parois vaginales.

En entr'ouvrant la vulve des malades atteintes de blennorrhagies intenses, on observe des pertes de substance dont les dimensions variables vont de l'érosion en coup d'ongle jusqu'aux ulcérations encerclant l'orifice vaginal d'un anneau à contours irréguliers, à bords

abrasés, non taillés à pic, à fond gris rougeâtre, baignant généralement dans le pus.

Que ces érosions offrent par hasard un contour régulier ovalaire, qu'elles soient peu nombreuses, assez grandes, et l'on comprendra les hésitations à faire un diagnostic entre ces lésions et le chancre induré ou l'herpès. Que ces érosions gagnent en profondeur, et présentent des bords plus ou moins surélevés, plus ou moins décollés, et la possibilité d'un chancre mou, fait osciller sérieusement l'avis du clinicien, sans compter que les cas ne sont pas rares où l'on peut rencontrer des infections mixtes.

Dans toutes ces lésions, les infections sont recouvertes d'une flore riche et variée, mais où le gonocoque prédomine, et l'adénopathie inguinale double, bien que moins accusée que la syphilis, devient la règle.

C) Il s'agit des lésions concomitantes.

Ce chapitre consacré à un groupe de complications des lésions intertrigineuses sera forcément un des plus courts : mais il était nécessaire.

Nous avons été frappé, en effet, de la fréquence des lésions intertrigineuses chez les femmes atteintes en même temps que de blennorrhagie d'autres maladies vénériennes (chancre mou, chancre induré, syphilides de toute nature) — et surtout aussi, des caractères particuliers que, sous l'influence des écoulements leucorrhéo-gonococciques, ces dernières affections pouvaient prendre.

C'est ainsi que sur des terrains mal soignés au point de vue hygiène, pullulent les folliculites chancrelleuses à aspect cratériforme, à fond bourbillonneux, et à bords taillés à pic ; c'est ainsi que s'étalent des syphilides papuleuses, rapidement papulo-hypertrophiques et que souvent la cocarde périanale est remplacée par des plaques énormes de syphilides végétantes : nappes qui sont le siège d'un suintement continu, nauséabond (1).

La physionomie des stigmates de la blennorrhagie n'aurait pas été complète si nous n'avions rappelé cet aspect complexe observé fréquemment sur nos malades de Broca.

D) Œdème des petites lèvres.

C'est un œdème assez mou, peu développé, symétrique, frappant également les deux petites lèvres. Celles-ci font alors hors de la vulve une saillie luisante, rougeâtre, humide : elles deviennent ordinairement très douloureuses ; la pression la plus légère est extrêmement pénible ; leur face interne est recouverte de l'écoulement blanchâtre et leucorrhéique caractéristique de la blennorrhagie.

E) Végétations (2).

Nous ne saurions trop insister sur ce fait que les végétations et papillomes périnéaux ne doivent pas être classés sous la dépendance exclusive de l'infection blennorrhagique.

Des cliniciens autorisés, après avoir combattu une

(1) Obs. I.

(2) De l'obs. XV à XLIII.

vieille erreur qui faisait des végétations comme d'autres affections para-vénériennes, une manifestation syphilitique, ont refusé à ces papillomes toute attache avec l'infection gonococcique. Ils ont dit avec juste raison qu'on pouvait les rencontrer dans les leucorrhées simples, dans les vulvites banales, dans le diabète ; ils ont dit également que chez certains tempéraments prédisposés, la grossesse n'allait jamais sans végétations.

A vrai dire, il n'a pas été prouvé que dans les cas invoqués une très ancienne blennorrhagie n'avait pas été la cause insoupçonnée de ces complications.

Les deux opinions tendant à rendre la blennorrhagie responsable ou non dans la circonstance, peuvent être soutenues ; pourtant dans cet exposé, nous nous sommes efforcé autant que possible d'être cliniques et de tirer des nombreux cas que nous avons observés une conclusion générale pratique.

Il résulte de notre séjour dans le service de notre maître M. Brocq que, sauf de très rares exceptions, nous avons toujours vu les végétations être comme la signature du gonocoque. Nous rappellerons donc en peu de mots comment elles se manifestent.

Ce sont de petites tumeurs irrégulières, les unes implantées sur la peau par un assez long pédicule, les autres sessiles — elles sont toutes hérissées de villosités qui leur donnent un aspect muriforme caractéristique.

Elles siègent de préférence sur les grandes lèvres, au pourtour de l'anus, dans les fossettes génito-crurales.

Mais lorsqu'elles sont abondantes elles recouvrent uniformément tout le périnée antérieur et postérieur.

Dans ce dernier cas, elles forment des nappes confluentes en relief, ressemblant à des syphilides papulo-hypertrophiques en nappes ; le plus souvent elles ne dépassent pas, prises isolément, les dimensions moyennes d'une noisette ; mais parfois elles peuvent atteindre la grosseur du poing et ressembler à de véritables tumeurs. Elles ont une couleur blanc rosé ; mais elles sont modifiées par les liquides vaginaux dans lesquels elles baignent.

Enfin, leur consistance est dure, rénitente, et leur mobilité varie avec la longueur de leur pédicule.

Ces végétations restent très longtemps stationnaires sans tendance à la rétrocession spontanée ; elles paraissent ne pas s'accroître, si on les traite par une hygiène appropriée de la région.

Elles augmentent, au contraire, rapidement de nombre et de volume si la malpropreté qui les a engendrées persiste.

D'ailleurs, grâce aux frottements continuels, aux traumatismes répétés, grâce à la flore microbienne qui les recouvre (cause efficiente de leur existence, et même cause d'affections secondaires), grâce aussi à leur volume, elles peuvent s'ulcérer, s'enflammer, gangrener — d'indolentes qu'elles étaient devenir douloureuses — et elles prennent alors une odeur nauséabonde.

Après cette rapide description, nous ne discuterons pas leur nature ; nous rappellerons cependant que leur évolution, leur mode de propagation, leurs récidives,

leur dissémination tendent à en faire des productions de nature infectieuse.

Dans tous les cas que nous rapportons l'analyse bactériologique nous a démontré la présence du gonocoque à leur surface et dans leur voisinage et nous pensons vraiment qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence.

CHAPITRE VIII

Anatomie pathologique.

Nous aurions pu nous contenter de l'excellente description qu'ont donnée de ces lésions MM. Brocq et Bernard. Mais sur les conseils de notre excellent ami Laubry, nous avons prélevé un fragment de peau saine de la fossette génito-crurale, un fragment de peau provenant d'une lésion chronique et enfin une végétation.

Nous les avons examinés au microscope.

Ces fragments avaient été préalablement fixés à l'alcool absolu et inclus dans la paraffine ; enfin les coupes ont été colorées à l'hémato-éosine.

Voici les résultats les plus frappants.

a) *Peau saine.* — Elle diffère de la peau des autres régions par la minceur de la couche cornée et de la couche épidermique en général, par l'absence ou plutôt par le peu de développement des papilles dermiques et la rareté des annexes que l'on rencontre ordinairement dans les téguments.

b) *Lésions érythémateuses.* — L'épiderme est épaissi. l'augmentation de volume portant surtout sur les couches génératrices et le corps muqueux de Malpighi.

La limite inférieure de l'épiderme est plus irrégulière, plissée, festonnée, ébauchant un début de papillomatose. Les cellules, ont doublé ou triplé de volume, leur noyau est très apparent, leur périphérie assez trouble et de contour mal limité.

Ces lésions épidermiques sont prédominantes : le derme ne présente qu'une légère congestion, avec des vaisseaux sanguins et lymphatiques gorgés de leur contenu, sans notable multiplication d'éléments cellulaires.

C) *Lésions chroniques.* — L'ébauche de papillomatose accusée à la période précédente est ici un fait accompli. Les papilles sont allongées, la couche malpighienne inégalement mais considérablement accrue, les compose en grande partie, les autres couches montrent les mêmes modifications que précédemment et leurs cellules paraissent altérées surtout dans la couche génératrice chargée de pigments.

La papillomatose est si nette qu'elle se traduit par des inflexions de la couche cornée qui ne sont autre que les sillons, décrits dans les premiers chapitres de notre travail.

Le derme est franchement infiltré ; les vaisseaux insinués entre les prolongements papillaires, sont le siège d'une prolifération cellulaire très nette.

Si l'on veut bien se rapporter à la description que notre maître M. Brocq a donnée des lésions de lichéni-

fications, on voit qu'il y a presque identité entre les deux processus anatomo-pathologiques, et de fait la pathogénie des lésions chroniques et des lichénifications est presque la même, nous l'avons vu : l'évolution seule diffère.

D) *Anatomie pathologique des végétations.*

On peut définir les végétations anales, périnéales et vulvaires des papillomes bénins, dans l'anatomie desquels les lésions épidermiques prennent la plus grande part.

Les coupes microscopiques montrent l'accroissement des papilles dans le sens de la longueur en même temps qu'elles festonnent en se ramifiant sous l'épiderme.

Comme dans les stigmates, symptômes d'irritation soit mécanique, soit septique, la couche de Malpighi est très épaissie, et suivant les degrés d'inflammation on trouve des vaisseaux plus ou moins volumineux infiltrés de cellules embryonnaires.

Certaines végétations sont suintantes : la couche cornée est alors très mince, alors qu'elle est très épaisse sur les végétations sèches.

CHAPITRE IX

Pathogénie et bactériologie.

Dans ce chapitre nous voulons compléter les notions un peu vagues que nous avons données au début de notre travail sur la pathogénie de ces lésions, en faisant intervenir les frottements répétés, les contacts de liquides provenant des écoulements, la sudation marquée chez certaines femmes grasses, et systématiquement, dans tous les cas que nous signalons, la peau a été soumise à un examen bactériologique, pratiqué soit directement sur lamelles, soit par ensemencement.

Dans le premier cas nous avons employé la méthode de Gram, dans le second, nos cultures ont été faites sur la gélose simple, la gélose de Wertheim (gélose et liquide d'ascite) enfin sur gélose-sang (milieu de Pfeiffer).

Constamment nous avons rencontré le gonocoque rarement isolé, plus fréquemment associé au staphylocoque, au streptocoque, et aux tétragènes. Mais la constance du premier de ces microbes, son existence, à

l'état presque isolé; dans les cas très récents, cas dans lesquels nous avons pu saisir la blennorrhagie à son début, sous forme de vaginite et uréthrite, tout cela nous engage d'autant plus à le soupçonner d'être le véritable agent pathogène de ces lésions.

CHAPITRE X

Traitement

De cette pathogénie, découle forcément un traitement approprié : à tout d'abord le repos, et une hygiène minutieuse des parties malades.

On pratiquera matin et soir des lotions sur les régions érythémateuses avec de l'eau boriquée tiède, des lotions de camomille (10 têtes par litre), on poudrera avec du talc, de l'oxyde de zinc, etc.

S'il existe des infections secondaires, on substituera avec avantage à ces lotions tièdes des lotions de sublimé au 5/1000 suivies d'application d'iodoforme en poudre. Dans le cas de végétations, on essaiera pour les petits papillomes, les cautérisations au nitrate d'argent ou à l'acide chromique. En cas d'insuccès ou si les végétations sont trop grosses, on utilisera soit l'ablation à la curette ou au bistouri suivie de la cautérisation ignée, soit cette dernière d'emblée.

Mais l'on se souviendra qu'il ne s'agit ici que d'un

symptôme et qu'il importe avant tout de traiter la cause : la blennorrhagie.

Une toilette complète du vagin est nécessaire : elle sera pratiquée à l'aide d'injections bi-quotidiennes de permanganate de potasse au 4/1000 et elle sera suivie chaque fois d'un fort tamponnement à l'ichtyol, qui a pour effet de parer mécaniquement et antiseptiquement à la production des stigmates.

Les syphilides, les chancres mous, les folliculites seront cautérisés au nitrate d'argent et à l'iodoforme.

Observations

OBSERVATION I

Hélène R... N° 7, salle Cullerier.

La malade est âgée de 20 ans. Les parents sont bien portants. Elle a été réglée à 15 ans et à peu près régulièrement depuis, très leucorrhéique.

L'an dernier on l'a soignée à la salle Cullerier pour un chancre induré de l'anus.

Elle a fait depuis, quatre séjours à l'hôpital Broca, séjours pendant lesquels on lui a soigné sa syphilis et abrasé des végétations.

Jamais de céphalées ni de douleurs ostéocopes.

Légère perte de cheveux, il y a 5 ou 6 mois.

La malade, entrée à l'hôpital le 2 juin 1900, présente une roséole généralisée à type ordinaire sur les cuisses, à type circiné confluent sur le reste du corps et en particulier sur l'abdomen.

Blennorrhagie intense

— Ecoulement abondant.

Les petites lèvres sont légèrement œdématisées, et recouvertes d'un mucus, adhérent, épais.

Sur la face interne des cuisses, une pigmentation claire dans

le tiers-moyen et de plus en plus foncée, à mesure qu'on se rapproche du pli inguino crural.

Sur cette pigmentation, on ne rencontre pas l'érythème rosé habituel, mais des macules syphilitiques qui donnent à l'ensemble une teinte brun rougeâtre bizarre.

La cocarde périanale n'a pour caractères que d'être bien limitée : la pigmentation est la même sur toute son étendue.

Au niveau de l'anus, l'écoulement semble provenir de la région même, et l'on ne saurait pas affirmer qu'il n'y ait pas là des traces de blennorrhagie anale.

Deux ou trois hémorroïdes procidentes et légèrement ulcérées.

Sur la cocarde elle-même, deux énormes papules syphilitiques de la largeur d'une pièce de 1 fr. siègeant à gauche, tandis que du côté droit s'étale une autre papule de coloration blanchâtre. Sur toute cette région, les plis de la peau sont exagérés : elle est infiltrée et rugueuse, et cette rugosité et cette infiltration sont d'autant plus accusées qu'on se rapproche plus de l'anus.

A trois centimètres de l'orifice anal deux plaques leuco-dermiques très nettes, allongées, non indurées, mal limitées, d'aspect non cicatriciel, entourées de petites zones claires qui tranchent sur le fond brun de la cocarde.

Tout près de l'orifice, des ulcérations atones, limitées par des bords blanchâtres, lesquels semblent s'étendre dans le tissu environnant, lui donnant un aspect pseudo-leucoplasique.

Cet aspect est surtout remarquable sur une des hémorroïdes qui est énorme et dont la face interne recouverte d'un enduit blanchâtre leucorréique, offre une fois débarrassée de cet enduit une exulcération entourée de bords clairs et infiltrés.

OBSERVATION II

Marcelle M... — N° 17, salle Natalis.

Malade âgée de 18 ans, ne présentant pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

Le 13 décembre 1899, la malade était entrée une première fois dans le service du docteur Brocq, pour une affection qui datait déjà de deux mois.

Lésions syphilitiques consistant en papules péri-vulvaires, les unes érosives, les autres simples avec adénopathie inguinale marquée, douloureuse à la pression.

Syphilides bucco-gutturales marquées et légère dépigmentation de la nuque.

En outre, lésions de grattage : phtiriasé.

La malade est soignée pendant six semaines.

Le 12 mai 1900, la malade revient se faire traiter pour des syphilides papulo-érosives hypertrophiques de la vulve.

On constate dès lors des stigmates blennorrhagiques.

Une troisième fois, la malade redemande des soins, le 30 mai 1900.

Léger œdème et hypertrophie des grandes lèvres, qui sont suintantes, luisantes et portent des syphilides papulo-érosives.

Autour de l'anus, une cocarde mal limitée sur laquelle se détachent de vastes syphilides en nappes et que recouvre un ichor noirâtre et fétide.

A cet endroit, en dépit de l'abondance et de la confluence des syphilides, la cocarde est à peine marquée. Au contraire, les stigmates sont très accusés dans les plis inguinaux et sur la face interne des cuisses vierges de papules.

La peau est pigmentée et épaissie ; les sillons en sont marqués et profonds, et séparent de petits mamelons aplatis et luisants, le tout d'une coloration allant du rose vif au brun noir.

En somme, toute la région supérieure montre une lichénification très accusée, et à la palpation une légère induration et infiltration superficielles.

OBSERVATION III

Blennorrhagie aiguë. — Erythème des fossettes génito-crurales.

Jeanne M... — N° 32, salle Natalis, service du docteur Brocq.

La malade est âgée de 22 ans, ne peut donner de renseignements sur la santé de ses ascendants, et ne se souvient pas d'avoir été gravement malade.

Réglée dès l'âge de 14 ans, elle a été traitée souvent pour de la chlorose, et est incommodée depuis une année par une leucorrhée qui tache son linge.

C'est le 18 juin qu'elle entre dans le service du docteur Brocq, et elle raconte qu'il y a huit jours elle commença à souffrir de brûlures à la vulve, de douleurs pendant la marche et la miction.

On constate dans les fossettes génito-crurales au niveau de leur bord inférieur, deux bandes de même dimension et symétriquement placées : leur couleur est rosée, uniforme ; leurs limites ne sont pas nettes et se fondent peu à peu avec la teinte café au lait que prend la peau au pourtour de la plaque. Cette faible rougeur est masquée en partie par une desquamation, fine, furfuracée, blanchâtre, adhérente, ne dépassant pas les limites de l'érythème, qui disparaît à la pression. En dépliant fortement la peau à ce niveau, on voit que la bande en apparence unique est formée par trois saillies rosées parallèles, suivant irrégulièrement la direction des plis de flexion. La pigmentation voisine est peu accusée, elle ne dépasse pas le cinquième inférieur de la cuisse.

De chaque côté de l'anus la cocarde est à peine esquissée, limitée à deux taches de la largeur d'une pièce de cinq francs,

et qui se continuent, sans démarcation avec les lésions des fossettes génito-crurales : si bien que dans leur ensemble on a deux bandes érythémateuses avec desquamation pityriasique coupant en X le pli génito-crural, parallèlement au bord externe de la grande lèvre. Le bord interne de cette même grande lèvre offre des petites tumeurs sessiles, vasculaires, molles, à surfaces villeuses, végétations en voie de développement qu'on retrouve, mais à un état encore plus rudimentaire, sur la face interne des petites lèvres et en particulier de la petite lèvre droite. L'orifice ext. du vagin montre que l'écoulement leucorrhéique est intense : le spéculum fait mal, mais dévoile un col non infecté.

OBSERVATION IV

Elise V., n° 10, salle Cullerier, service du docteur Brocq.

La malade, couturière, âgée de 19 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires ou personnels intéressants.

Scarlatine, à 10 ans.

Premières règles, à 14 ans 1/2. Les suivantes sont irrégulières, mais non accompagnées d'écoulements leucorrhéiques, avant qu'elle ne soit atteinte de blennorrhagie.

Depuis trois semaines, elle se plaint de pertes blanches compliquées ces jours-ci de petits boutons blancs siégeant sur la vulve, s'ulcérant et devenant très douloureux.

Au spéculum, elle présente, dans les fossettes génito-crurales, un érythème, uniforme et lisse, sans exagération des plis de la peau qui sont plutôt effacés, érythème se compliquant de folliculites apparaissant sous forme de petites papules circumpilaires très discrètes pour la plupart, mais parmi lesquelles deux ou trois atteignent le volume d'un noyau de cerise, véritables furoncles qui sont très douloureux.

Sur la face interne des cuisses, continuant sans ligne de démarcation bien nette, les lésions ci-dessus décrites, s'étale une

pigmentation diffuse et unie qui ne dépasse pas le tiers inférieur du membre.

La cocarde périanale au contraire est très nette : elle offre une zone périphérique érythémato-vésiculeuse sur fond pigmenté jaunâtre : une zone moyenne large de trois centimètres, blanchâtre ou légèrement pigmentée, avec des folliculites, les unes en pleine activité, les autres en résolution et ces dernières laissant en leur lieu et place une hyperacanthose marquée.

La zone interne offre cette particularité d'être inflammatoire : aspect donné par un chancre mou en feuillet, siégeant en haut sur le pourtour de l'anus.

L'écoulement leucorrhéique est très abondant. Ulcérations nombreuses de la fourchette, les unes profondes, les autres superficielles, toutes irrégulières, quelques-unes probablement de nature chancreuse.

Macules rougeâtres très nettes à l'orifice des glandes de Bartholin. Goutte purulente au méat.

Traitement : Poudrage d'iodoforme. Injections au permanganate. Badigeonnages au tartrate ferrico-potassique.

OBSERVATION V

Lucie N. — n° 6. Salle Cullerier, service du docteur Brocq. 18 ans.

La malade a été réglée à 15 ans pour la première fois, et l'a été régulièrement depuis, jusqu'à l'âge de 17 ans, époque à laquelle elle a été castrée, pour une salpingite suppurée double.

La blennorrhagie remonte au mois de février 1899.

Elle est traitée pendant 15 jours à l'hôpital Broca, salle Cullerier, dès le début de son affection.

Les complications salpingiennes nécessitent l'intervention chirurgicale dont il est parlé plus haut, pendant le mois de juin 99.

Récidive de la blennorrhagie le mois dernier ; elle entre dans le service le 23 juin 1900.

Les stigmates de la blennorrhagie sont peu accentués.

La malade présente, dans les fossettes génito-crurales, un érythème punctiforme et luisant — à la face interne des cuisses une pigmentation peu accusée.

Malgré l'infection qui est intense, la cocarde périanale est peu nette.

On trouve des érosions multiples à l'orifice antérieur du vagin, érosions parmi lesquelles certaines sont assez profondes et présentent un suintement purulent marqué.

Urétrite douloureuse.

Leucorrhée abondante.

Traitement. — Tampons à l'ichtyol

Injectons au permanganate de potasse.

OBSERVATION VI

Aimée V... — N° 12. Salle Cullerier.

La malade est âgée de 20 ans. — Sa mère qui était eczéma-teuse, meurt d'une affection du foie. — Quant à elle, réglée à 14 ans, mais d'une façon irrégulière depuis, elle accuse une fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans.

De plus en 1898, elle entre salle Natalis en traitement pour un chancre mou, reconnu tel par inoculation et guéri assez rapidement.

La malade s'aperçoit, voici trois semaines, d'une érosion à la grande lèvre ; elle n'a pas de douleur à la miction, et son linge n'est taché que par les écoulements leucorrhéiques dont elle a continuellement souffert.

Examen au spéculum. — Dans la région inguinale, sur la face interne des cuisses, la peau est pigmentée, brunâtre, et présente sur une étendue assez grande, mais mal délimitée et

irrégulière, des marbrures foncées alternant avec des stries érythémateuses d'un rose pâle.

Dans toute cette région, les plis de la peau sont un peu exagérés : légère induration et petites rugosités de l'épiderme à la palpation superficielle.

Un placard érythémateux, plus limité et plus rose que l'érythème ci dessus décrit, est observé dans les fossettes génito-crurales, sur les confins de la pigmentation.

Sur les grandes lèvres même pigmentation, avec à la base de la droite, une papule marquée à son centre d'une petite vésico-pustule très légère, papule de la dimension d'une grosse tête d'épingle, pouvant en imposer à priori pour une petite syphilide papulo-érosive.

Les petites lèvres sont tuméfiées, saillantes, surtout la petite lèvre droite, la face interne en est rouge, enflammée, recouverte d'un mucus blanchâtre, caractéristique, et sur cette inflammation se greffent des érosions en coups d'ongle.

Sur la lèvre gauche des petites érosions à contour cyclique, suintant, luisant, légèrement blanchâtre.

A l'anus, une très nette pigmentation en cocarde.

OBSERVATION VII

Eugénie M... N° 14. Salle Cullerier.

La malade est âgée de 18 ans et ses antécédents héréditaires sont nuls.

Elle a eu la rougeole dans ses premières années — et ne se souvient pas d'avoir été malade depuis.

Premières règles à 11 ans : leucorrhée permanente.

La malade s'est plaint voici un mois de douleurs en urinant, douleurs appréciables surtout à la fin de la miction.

On note sur sa figure des séborrhéides, des séborrhéides pityriasiques sur la poitrine, des séborrhéides eczématisées sur la face ventrale, et de la kératose pileaire sur la face dorsale des bras.

Phénomènes très nets de dermatographie.

A son entrée dans le service le 9 mai 1900, la malade présente à la face interne des cuisses et dans la région de l'aîne la pigmentation brune que nous avons signalée.

La cocarde périanale est régulière et étendue, en forme de fer à cheval dont les deux branches viennent se perdre autour des grandes lèvres et les enserrer, tandis que la convexité en circonscrit l'orifice anal.

Cette cocarde, sauf au niveau de sa partie moyenne, est compliquée d'abord par l'apparition d'une rougeur uniforme, sans éruptions vésiculeuses, et ensuite aussi par des papules peu élevées, et plates sur ses confins, une bordure de bulles, les unes renfermant une sérosité louche, les autres franchement purulentes, toutes à demi-flétries et qui lorsqu'on les creève laissent apercevoir une surface luisante et suintante.

Ces bulles affectent toutes les formes et toutes les dimensions.

Leurs limites sont tantôt à contour arrondi, tantôt linéaire, tantôt polycyclique : elles sont de grosseurs variant entre celle d'une tête d'épingle et celle d'une pièce de 1 franc.

A ce premier examen, le diagnostic hésite entre des syphilitides en nappe et papulo-érosives, compliquées d'herpès et d'inoculations secondaires — ou bien des stigmates habituels de blennorrhagie compliqués d'érythème, de vésico-pustules impétigineuses provenant d'inoculations secondaires multiples.

On se rattache à cette seconde façon de voir.

La malade est mise en observation : pas de traitement mercuriel : injections et pansement iodoformé.

Cinq jours après on constate une amélioration remarquable, on rencontre la cocarde typique dont la pigmentation n'est entrecoupée que par quelques traînées rougeâtres.

Les vésicules crevées laissent des ulcérations consécutives en voie de cicatrisation.

Au niveau de la fourchette quelques ulcérations qui se cicatrisent également.

Des végétations à la base de la petite lèvre droite et sur la paroi droite du vagin.

OBSERVATION VIII

Margüerite A..., n° 27, salle Cullerier; service du docteur Brocq.

La malade est âgée de 25 ans, son père est en bonne santé, mais sa mère aurait, paraît-il, succombé à des lésions syphilitiques, sans que pourtant les renseignements qu'on peut avoir sur elle corroborent cette assertion.

La malade a quatre frères et cinq sœurs qui sont en bonne santé.

Pas de maladies antérieures, a été réglée à 20 ans et l'est d'une façon régulière depuis. Leucorrhéique depuis ses premières règles.

Il est difficile d'avoir une notion quelconque sur les débuts de l'affection. pour laquelle la malade entre le 18 juin 1900, à l'hôpital Broca, salle Cullerier.

On découvre des stigmates blennorrhagiques localisés dans les fossettes génito-crurales et empiétant sur la face externe des grandes lèvres. C'est une pigmentation très accusée, noirâtre et formant, avec exagération des plis de la peau, des mamelons quadrilatères qui mesurent un centimètre de côté environ.

La peau est luisante, avec en outre quelques trainées rougeâtres étendues sur la face interne des cuisses, jusqu'à mi-hauteur; dans cette direction, la pigmentation se continue sous forme de lame triangulaire et présente des plis de la peau de moins en moins accusés, à mesure qu'on s'éloigne de la vulve.

La cocarde périanale est très accusée surtout sur les parties

latérales, où la pigmentation est uniformément noire, tandis que la convexité inférieure du fer à cheval est colorée par une pigmentation très atténuée qui rend les trois zones apparentes.

Il est intéressant de constater, dans les fossettes génito-crurales, limitant leur bord externe, en dehors par conséquent du sillon, la présence de bulles ayant la dimension d'une grosse tête d'épingle, et remplies toutes d'un liquide séro-purulent. Quelques-unes sont entièrement développées, d'autres sont à demi-flétries, d'autres enfin sont crevées, laissant à leur place une petite érosion suintante et lisse, plus pâle à son centre qu'à sa périphérie.

En effet ces bulles sont greffées sur de petites élevures papilleuses, rosées, mais d'un rose assez terne, régulièrement arrondies, discrètes pour la plupart, quelques-unes étant confluentes, au nombre de trois ou quatre (par exemple à la partie inférieure de la grande lèvre droite), elles forment des amas polycycliques.

Au pourtour de l'anus on découvre quelques-uns de ces éléments, mais en moins grand nombre, et plus discrets.

Au niveau de la grande lèvre gauche, ce sont les mêmes éléments, mais arrondis et papuleux, mais de couleur plus terne, plus blanchâtres, érodés et donnant à penser qu'il s'agit peut-être de petites syphilides papulo érosives, plutôt que d'herpès, auquel on avait songé.

Écoulement leucorrhéique très abondant. On note deux ulcérations symétriques, de chaque côté de la fourchette, elles sont suintantes, à bords non surélevés et irréguliers, et elles sont très douloureuses. Il faut probablement voir là, des ulcérations chancrelleuses.

La malade souffre d'une vaginite intense qui rend difficile l'introduction du spéculum.

Le col de l'utérus est sain.

On découvre une adénopathie inguinale double : pas de traces de roséole.

Examen de la gorge : érythème discret des piliers et des amygdales : légère adénopathie sous-maxillaire.

OBSERVATION IX .

Mariette L... n° 27. Salle Cullerier. Service du docteur Brocq.

La malade a 21 ans, et ses antécédents tant héréditaires que personnels semblent sans intérêt.

Réglée pour la première fois à 11 ans 1/2, elle a continué à l'être d'une façon régulière depuis.

Il y a 2 ans 1/2, elle est venue se faire traiter à l'hôpital Broca. Syphilis d'une part et blennorrhagie peu intense de l'autre. Pilules de protoiodure et tampons à l'ichtyol. Elle est soignée pendant un mois.

Pendant un certain temps elle reste sans traitement et accouche d'un enfant qu'elle dit être bien portant.

En janvier 1900, céphalées qui la décident à entrer à Lariboisière.

Le 6 juin 1900, nous l'examinons salle Cullerier.

La malade présente trois syphilides papulo-hypertrophiques en nappe, à la marge de l'anus du côté droit, à la base et à la partie moyenne de la grande lèvre gauche.

On découvre quelques petites papules au voisinage.

Les stigmates blennorrhagiques sont intenses : constitués par des lésions des fossettes génito-crurales, et des lésions périanales, lésions qui se confondent d'ailleurs et qui forment deux larges bandes, rétrécies dans leur portion moyenne : elles sont symétriques et enveloppent en fer à cheval la vulve et l'anus.

Dans ces régions la peau est luisante partout et recouverte d'un enduit visqueux : la lésion paraît constituée par des bandes érythémateuses larges de 4 à 5 mm. et séparés par des sillons profonds de couleur rose vif, le long de ces sillons, les traînées revêtent un aspect de teinte café au lait.

Ces bandes sont légèrement surélevées et ne sont pas traversées par des sillons antéro-postérieurs ou transversaux secondaires.

Elles se continuent sur la face externe des grandes lèvres et envahissent ainsi nettement les régions piluses.

La cocarde périanale est assez peu nette au point de vue pigmentation, on peut noter un léger érythème en avant au voisinage de la région ano-vulvaire : partout ailleurs, une pigmentation à peine sensible qui va en s'atténuant du centre vers la périphérie sans que les zones soient nettement limitées.

La vulve est entr'ouverte et laisse voir la face interne des grandes lèvres qui est congestionnée, un orifice béant de la glande de Bartholin, une érosion de la fourchette semblable à une manifestation herpétique et qui est suintante.

Un fin granité de végétations entoure comme d'une collerette l'orifice vulvaire et envahit même le clitoris et le méat congestionnés.

Ces végétations sont petites et de coloration blanchâtre. Elles dépassent à peine un millimètre de hauteur et portent à leur surface un minuscule piqueté hémorrhagique.

L'écoulement est intense et l'examen au spéculum permet de découvrir un véritable clapier purulent et verdâtre. Le col est déchiqueté surtout sur sa lèvre supérieure.

OBSERVATION X

Emilie P..., n° 27, Salle Natalis Guillot. Service du docteur Brocq.

La malade est âgée de 23 ans, et ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires.

Elle a deux sœurs qui comme elle sont névropathes, elle a eu, paraît-il, ces temps-ci plusieurs crises d'hystérie : on note chez elle de la paresthésie de tout le côté droit, un notable rétrécissement du champ visuel, son réflexe pharyngien est aboli.

A des troubles de la mémoire assez sérieux pour ne pouvoir pas se placer comme domestique.

Elle se souvient d'avoir eu la scarlatine à 10 ans et la fièvre typhoïde à 16.

Cette malade entre la première fois à l'hôpital Broca, salle Natalis Guillot, le 5 avril 1899.

Elle présente à cette époque des signes très nets de blennorrhagie, et l'interrogatoire nous apprend que les mictions sont douloureuses et que la malade ressent des picotements à la vulve depuis environ quinze jours.

Ici, les stigmates blennorrhagiques sont très nets.

Dans les fossettes génito-crurales, on constate deux plaques érythémateuses symétriques formées par une série de petits mamelons de la grosseur d'une tête d'épingle : ces derniers sont séparés les uns des autres par des sillons remplis d'un liquide épais blanchâtre et de couleur rosée.

Les plaques érythémateuses affectent la forme d'un quadrilatère, à grande base, attenant au pli génito-crural.

D'ailleurs l'éruption est plus intense au niveau des plis, et même du côté droit se complique, dans cette région, de petites papules circumpilaires, les unes purulentes, les autres simples, d'autres enfin présentant à leur sommet une exulcération luissante.

Cette série linéaire de follicules se continue avec une série d'érosions similaires situées sur la grande lèvre droite, le tout formant dans son ensemble une espèce de V, dont le sinus est dirigé en haut. A la face interne des cuisses, deux plaques irrégulières sont symétriquement réparties au niveau du tiers moyen.

La cocarde périanale est peu nette, mais à la marge de l'anus, une foule d'érosions échancrent les plis marginaux et sécrètent un liquide blanchâtre.

Pendant son premier séjour à l'hôpital, c'est-à-dire du 5 avril 1899 au 10 août, la malade présente une éruption de

syphilides papuleuses des bras et des avant-bras, et on note un début de syphilides pigmentaires très nettes.

Elle quitte l'hôpital pour y rentrer le 11 avril 1900, et l'on constate à ce moment des lésions acariennes, des syphilides pigmentaires très nettes, des stigmates de blennorrhagie, qui à l'époque actuelle présentent les particularités suivantes, dont la comparaison s'impose avec les stigmates anciens.

Les fossettes génito-crurales sont pigmentées d'une coloration brun noirâtre, assez diffuses, et c'est sur cette pigmentation qu'à la suite d'une poussée aiguë ou subaiguë de blennorrhagie s'est développé un léger érythème rosé, moins marqué que celui du début.

Cette pigmentation s'interrompt à la partie inférieure ou plutôt s'atténue pour réapparaître franchement à la partie moyenne, et sans interrogatoire, la malade explique d'elle-même qu'elle souffre beaucoup dans la région anale et que ses douleurs sont augmentées quand elle marche les cuisses écartées. Pour éviter les souffrances anales, par rapprochement des deux fesses et frottement, sa démarche les cuisses serrées donne alors comme résultat le développement et l'entretien de lésions intenses de la face interne des cuisses — lésions d'autant plus faciles à s'expliquer que la malade est très grasse et que ses cuisses, dans la station debout, se touchent sur une grande surface.

La cocarde périanale est très étendue et très nette : elle est constituée par une zone interne, rouge et surélevée, mesurant 5 mm. à 1 cm. de largeur, son ensemble représente un fer à cheval dont les demi-segments annulaires ont environ 7 à 8 centimètres de rayon.

La seconde zone représente une pigmentation analogue à celle des fossettes génito-crurales et de la face interne des cuisses.

Mais la zone interne, qui est directement en rapport avec l'orifice anal, est remarquable par certaines places d'un blanc

rosé et qui sont recouvertes d'ulcérations de dimensions variables, quelques-unes linéaires et confluentes en ragades, occupant toute la hauteur d'un pli marginal, paraissant remonter du côté du rectum et baignant dans un ichor blanc jaunâtre.

L'extrémité inférieure de ces ulcérations envahit d'ailleurs un peu les fesses : quelques-unes offrent un aspect circiné et atone qui permet d'en soupçonner l'origine syphilitique : quant aux autres elles paraissent sous la dépendance d'une rectite blennorrhagique.

La malade est mise au traitement antisypilitique : liqueur de Wan Swieten. Injections vaginales.

Le 12 avril, examen bactériologique de pus pris dans le vagin, l'utérus, l'urèthre.

Cet examen est d'ailleurs conforme à la technique indiquée.

Le 12 mai, les pigmentations persistent mais les lésions érythémateuses ont disparu de même que les érosions génito-crurales.

On retrouve les exulcérations de la marge de l'anus et la rectite blennorrhagique.

Le 1^{er} juin, même état.

OBSERVATION XI

Natalie G..., n° 27, salle Cullerier. Service du docteur Brocq.

On n'obtient pas de renseignements sur les antécédents héréditaires de la malade qui a 22 ans.

Elle a eu une rougeole à l'âge de deux ans, et n'a jamais souffert d'aucune autre affection.

Bien réglée depuis sa quinzième année : pas de grossesses.

La malade a constaté huit jours avant son entrée dans le service l'existence d'un écoulement, d'autant plus appréciable qu'elle n'était pas leucorrhéique précédemment.

Légère brûlure pendant la miction. Pas d'alopécie, ni de maux de tête.

L'examen de la malade est fait le 23 mai 1900.

On constate un écoulement blennorrhagique intense ; et des lésions vulvaires et péri-vulvaires qui sont les suivantes : au niveau des grandes lèvres une rougeur diffuse avec des exulcérations petites, régulières, arrondies, du volume d'une tête d'épingle, les unes sont perifolliculaires, les autres sans connexion avec les poils des grandes lèvres.

Ces exulcérations sont rougeâtres d'aspect : leur bord est légèrement surélevé, sans pour cela qu'on puisse les comparer à de véritables papules.

L'érythème, d'apparence rougeâtre, s'étend dans les plis inguino cruraux, à la face interne des cuisses jusqu'aux deux tiers supérieurs. La cocarde périanale est très nette.

Mais ce qu'il y a de particulier, c'est que les exulcérations sont aussi nombreuses à la face interne des cuisses offrant les mêmes caractères ; tantôt elles sont peu volumineuses, tantôt plus étendues et semblant confluentes.

Les plus grosses et les plus abondantes siègent au niveau de la région ano-vulvaire.

Il existe en outre : 1° de petites folliculites très nettes, sous forme de papules circumpilaires agminées et blanchâtres à leur sommets ; 2° une éruption herpétique très nette à 10 centimètres au-dessous du pli fessier, séparée de l'érythème ci-dessus décrit par un intervalle de peau saine. La réalité de cette éruption herpétique est rendue non douteuse par l'existence de vésicules flétries.

En écartant les grandes lèvres, on constate sur les petites, la présence d'érosions et de petites plaques rougeâtres extrêmement douloureuses. Le vagin est recouvert par un mucus très abondant et une petite goutte de pus verdâtre apparaît au méat.

Le spéculum montre un col ulcéré, rouge, déchiqueté, offrant par son orifice un écoulement abondant.

Adénopathie inguinale très nette.

A l'examen de la bouche, syphilides érythémateuses du voile du palais, syphilides érosives du tiers postérieur de la langue, syphilides érosives des amygdales.

Diagnostic. — C'est une blennorrhagie intense avec des stigmates blennorrhagiques très accusés et compliqués d'éruptions sur la nature desquelles on peut discuter soit pour les rattacher à la syphilis, soit pour en faire plus justement une conséquence de l'écoulement intense et une marque nouvelle de la blennorrhagie.

On institue le traitement mixte, grands lavages vaginaux, tamponnement iodoformé, et en outre médication interne syphilitique.

La malade est surveillée attentivement.

Le 26 mai, les stigmates se sont modifiés : plus d'érythème, mais une pigmentation brune intense.

Les vésicules d'herpès, la plupart des exulcérations sur les grandes lèvres, sur la face interne des cuisses et dans la région anale, sont complètement cicatrisées, ce qui permet rétrospectivement d'affirmer leur nature.

La métrite et la vaginite persistent intenses, et en même temps qu'elles des ulcérations plus larges qui semblent évoluer avec la torpeur propre aux syphilides érosives.

On note aussi des syphilides bucco-gutturales.

OBSERVATION XII

Juliette T..., 19 ans. Plumassière. — N° 36, salle Natalis :

Les grandes lèvres sur leurs deux faces, les plis inguinaux cruraux, la face interne des cuisses dans leur partie supérieure surtout à gauche, la région périanale, sont recouvertes de syphilides papuleuses, papulo-érosives, discrètes et confluentes, dont la dimension varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 1 franc.

Malgré cette abondance de syphilides les stigmates blennorrhagiques sont peu intenses.

Ils consistent en une pigmentation légère et luisante des plis inguinaux, et surtout en une cocarde périanale bizarre.

Son rebord externe est marqué par une collerette de 5 mm. à 1 cm. de large, régulière en forme de fer à cheval, de couleur franchement rosée, bien différente de celle des papules qui sont toutes blanc grisâtre.

A ce niveau la peau est rugueuse, sèche, légèrement parcheminée, la rougeur n'est pas plus accentuée au pourtour des poils, les plis en cet endroit sont franchement exagérés, et les petits mamelons linéaires de la peau y offrent un aspect nacré très caractéristique.

Par endroits on dirait que cet aspect provient d'anciennes petites vésiculettes épidermiques sèches et flétries ; en dedans de cette zone bizarrement érythémateuse, on trouve une zone blanc grisâtre et une troisième franchement noire.

La roséole est très accentuée sur la face interne des cuisses où elle revêt ses caractères ordinaires.

Au niveau de la légère pigmentation signalée ci-dessus, les macules deviennent légèrement surélevées, à tendance pseudopapuleuse, et dans leur centre s'étale une surcoloration rose très nette.

Dans le pus provenant de l'utérus, à l'examen microscopique, on trouve du gonocoque en assez grand nombre. Les groupes sont disposés en amas dans les cellules, et avec le gonocoque de nombreux microbes pyogènes prenant le gramme.

OBSERVATION XIII

Elodie S..., bonne, 24 ans. — N° 22, salle Natalis.

Stigmates blennorrhagiques.

Pigmentation de la face interne des cuisses peu accentuée, ainsi que dans les régions inguinales, mais elles s'accompa-

gne d'une légère rougeur péripilaire au voisinage des grandes lèvres.

Ce qui est accusé, c'est la cocarde périanale ; on y distingue nettement trois pigmentations.

La première café au lait pâle avec un très fin ponctué rose.

La deuxième érythémateuse franchement avec de petites papules miliaires très enflammées.

La troisième, périanale, franchement noire et luisante.

La pigmentation périanale et des grandes lèvres s'accompagne d'érosions superficielles en coups d'ongles, très irrégulières de forme (l'épiderme est franchement abrasé), et d'un rouge foncé.

OBSERVATION XIV

Elise F..., 22 ans, cartonnière. — N° 28, salle Natalis.

Stigmata blennorrhagiques, surtout accusés à la face interne des cuisses.

Pigmentation jusqu'à mi-cuisse : la coloration des téguments, érythémateuse à la partie externe, devient franchement pigmentaire à la région inguinale.

Les grandes lèvres sont tuméfiées et rouges.

On constate une exagération notable des plis de la peau sans induration ni rugosités.

Les parties atteintes ont la même consistance que la peau normale.

La cocarde périanale est peu nette.

OBSERVATION XV (1)

Elise O..., fille de salle, 32 ans. — N° 46, salle Natalis.

Blennorrhagie.

(1) Dans toutes les observations qui suivent, le gonocoque a été décelé à l'examen microscopique.

Végétations : petites sur la partie supérieure de la face interne des cuisses.

Végétations à la limite de la grande lèvre gauche.

OBSERVATION XVI

Jeanne E..., journalière, 17 ans. — N° 17, salle Cullerier.

Blennorrhagie.

Herpès confluent.

Petites végétations.

OBSERVATION XVII

Rosalie L..., domestique, 18 ans. — N° 12, salle Natalis.

Acné de la face et du dos. Séborrhéides du bras.

Kératose pilaire des membres.

Stigmates blennorrhagiques.

Végétations au pourtour de l'anus.

OBSERVATION XVIII

Marie C..., brunisseuse, 25 ans. — N° 21, salle Cullerier.

Peau kératosique et légèrement acnéique.

Séborrhée avec comédons de la figure.

Blennorrhagie. Stigmates.

Papillomes des grandes lèvres.

OBSERVATION XIX

Elise L..., 18 ans. — N° 9, saile Natalis.

Acné de la face.

Stigmates blennorrhagiques.

Syphilides papulo-hypertrophiques végétantes.

Végétations.

OBSERVATION XX

Louise R..., mécanicienne, 19 ans. — N° 48, salle Cullerier.
Ulcération chancrelleuse de la petite lèvre gauche.
Ecoulement utérin. Ulcérations du col.
Blennorrhagie.
Végétations.

OBSERVATION XXI

Berthe R..., journalière, 21 ans. — N° 8, salle Natalis.
Papules urticariennes de la joue droite.
Elément géant de molluscum contagiosum sur l'épaule droite.
Kératose pilaire, xérodermie.
Blennorrhagie avec stigmates.
Cystite, pyélonéphrite. — Végétations.

OBSERVATION XXII

Charlotte D..., femme de chambre, 19 ans. — N° 19, salle Cullerier.
Blennorrhagie. Kératose pilaire.
Salpingite double.
Urétrite avec catarrhe abondant.
Végétations.

OBSERVATION XXIII

Eugénie A..., brodeuse, 22 ans. — N° 6, salle Natalis.
Bartholinite.
Végétations.

OBSERVATION XXIV

Stéphanie R..., plumassière, 31 ans: — N° 36, salle Cullerier.
Blennorrhagie.
Petites plaques d'herpès à la fourchette.

Furoncle du menton.

Cocarde périanale.

Végétations.

OBSERVATION XXV

Alice T..., blanchisseuse, 18 ans. — N° 32, salle Natalis.

Blennorrhagie, la malade a été soignée pendant 15 jours à l'hôpital Lariboisière pour rhumatisme blennorrhagique.

Stigmates blennorrhagiques en activité avec cocarde périanale.

Végétations.

OBSERVATION XXVI

Rose B..., bonne, 19 ans. — N° 19, salle Natalis.

Blennorrhagie.

Urétrite et cystite.

Papillomes de la marge de l'an.

OBSERVATION XXII

Jeanne D..., domestique, 21 ans. — N° 34, salle Natalis.

Blennorrhagie.

Stigmates. Bartholinite.

Végétations.

OBSERVATION XXVIII

Léonie B..., couturière, 27 ans. — N° 16, salle Cullerier.

Blennorrhagie.

Métrite du col avec catarrhe abondant.

Végétations.

OBSERVATION XXX

Jeanne D..., journalière, 32 ans — N° 14, salle Natalis.

Métrite.

Blennorrhagie.

Végétations.

OBSERVATION XXXI

Alexandrine P..., bonne, 19 ans. — N° 12, salle Natalis.
Phtiriase.
Blennorrhagie.

OBSERVATION XXXII

Mélanie T..., blanchisseuse, 21 ans. — N° 25, salle Natalis
Blennorrhagie.
Métrite du col et ancienne bartholinite.
Végétations.

OBSERVATION XXXIII

Julie N..., modiste, 17 ans. — N° 46, salle Natalis.
Vaginite aiguë blennorrhagique.
Œdème des petites lèvres.
Cocarde érythémateuse.
Stigmates légers.
Végétations.

OBSERVATION XXXIV

Louise L..., couturière, 39 ans. — N° 37, salle Natalis.
Blennorrhagie.
Stigmates.
Végétations.

OBSERVATION XXXV

Raymonde L..., blanchisseuse, 17 ans. — N° 22, salle Natalis.
Blennorrhagie.
Traces de phtiriase et de grattage.

Ecoulements leucorrhéiques abondants.

Ulcérations du col.

Végétations.

OBSERVATION XXXVI

Eugénie R..., repasseuse, 24 ans. — N° 5, salle Cullerier.

Syphilis et blennorrhagie,

Syphilides pigmentaires du cou. Syphilides circonscrites, liché-
noïdes disséminées de la partie postérieure du cou.

Ecoulement urétral.

Mérite.

Végétations.

OBSERVATION XXXVII

Marcellé A..., cartonnrière, 17 ans. — N° 20, salle Natalis.

Blennorrhagie.

Mérite du col avec érosions.

Phthiriasis.

Erosions blennorrhagiques des petites lèvres.

Stigmates blennorrhagiques de la face interne des cuisses.

Végétations.

OBSERVATION XXXVIII

Véronique B..., fille de salle, 19 ans. — N° 7, salle Natalis.

Blennorrhagie aiguë intense, avec ulcération chancreuse
de la fourchette et de la petite lèvre gauche.

Adénopathie inguinale bien marquée des deux côtés.

Végétations.

OBSERVATION XXXIX

Marie T..., couturière, 23 ans. — N° 32, salle Natalis.

Blennorrhagie avec stigmates.

Grossesse.

Végétations.

OBSERVATION XL

Germaine V..., domestique, 23 ans. — N° 40, salle Natalis.
Blennorrhagie.

Acné du dos avec cicatrices.

Urétrite purulente.

Mérite avec ulcérations du col.

Végétations.

OBSERVATION XLI

Madeleine R..., couturière, 18 ans. — N° 30, salle Cullerier.

Phthiriasse, gale.

Blennorrhagie.

Végétations périvulvaires.

OBSERVATION XLII

Marie L..., bonne, 24 ans. — N° 21, salle Natalis.

Chancre induré de la grande lèvre gauche.

Plaques opalines des amygdales et du voile du palais.

Blennorrhagie. Stigmates.

Végétations.

OBSERVATION XLIII

Julie L..., couturière, 18 ans. — N° 44, salle Natalis.

Syphilides papulo-hypertrophiques des grandes lèvres.

Blennorrhagie.

Végétations.

CONCLUSIONS

1° La blennorrhagie ne se traduit pas chez la femme par des signes objectifs, vraiment pathognomoniques, mais elle s'accompagne d'un cortège de manifestations extérieures qu'on peut rencontrer quelquefois dans d'autres affections, mais jamais avec une aussi grande fréquence que dans l'infection gonococcique : ces manifestations sont à proprement parler *les stigmates de la blennorrhagie*.

2° Les stigmates comprennent les lésions intertrigineuses de la face interne des cuisses, du pourtour de l'anus et des fossettes génito-crurales, lésions ayant des caractères très nets, presque spécifiques, selon qu'on se trouve en présence d'une blennorrhagie ancienne ou d'une blennorrhagie récente.

3° Ces lésions sont modifiées par un ensemble de complications fréquentes qui doivent rentrer parmi les stigmates et qui sont dues, les unes au terrain, les autres aux infections secondaires ou surajoutées (folliculites, érosions, syphilides et ulcérations chancrilleuses).

4° Deux autres manifestations nous semblent mériter une place à part dans ces stigmates et se rattacher à la blennorrhagie : ce sont l'œdème des petites lèvres et les végétations.

5° Dans toutes ces lésions la présence du gonocoque a été relevée d'une façon presque constante.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
RAYMOND

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

BROCQ et LÉON BERNARD. — Etude nouvelle des lésions intertrigineuses de la femme. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. x, janvier 1899.

VERCHÈRE. — La Blennorrhagie chez la femme. Rueff, éditeur, 1894.

BALZER et GILBERT. — *Traité de médecine Brouardel*. Art. végétations. t. II, 1896.

